

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduse õppetool

Veera Dudanova

**ALKOHOLI LIIGTARVITAVATE PATSIENTIDE LÜHINÕUSTAMISE
TULEMUSLIKKUS EESTI PEREARSTIKESKUSTES: PROSPEKTIIVNE UURING**

Magistritöö

Tartu 2017

Juhendaja: Kaja Põlluste, PhD

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta:

___ /Juhendajate otsus ning kuupäev, millal otsus on õppetoolis protokollitud/

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Veera Dudanova,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

ALKOHOLI LIIGTARVITAVATE PATSIENTIDE LÜHINÕUSTAMISE TULEMUSLIKKUS EESTI PEREARSTIKESKUSTES: PROSPEKTIIVNE UURING

mille juhendaja on **Kaja Põlluste PhD**

1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus 12.05.2017

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	6
SUMMARY.....	7
1 SISSEJUHATUS.....	8
2 KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	11
2.1 Magistritöös kasutatavad mõisted.....	11
2.2 Alkoholi liigtarvitamine ja sellega seotud probleemid.....	12
2.3 Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine.....	16
2.4 Alkoholi liigtarvitava patsiendi nõustamine.....	19
2.4.1 Motiveeriva intervjuu ja transteoreetilise mudeli kasutamine nõustamise läbiviimisel.....	19
2.4.2 Nõustamistaktika planeerimine.....	20
2.4.3 Lühinõustamise tulemuslikkus.....	21
2.4.4 Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja patsientide lühinõustamise võimalused Eesti perearstiabi süsteemis.....	24
3 METODOLOOGILISTE LÄHTEKOHTADE KIRJELDUS.....	26
3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad.....	26
3.2 Uuritavate ja uurijate kirjeldus.....	27
3.3 Andmete kogumise ja analüüsimise protsessi kirjeldus.....	28
3.4 Interventsioon ja selle tulemuslikkust kirjeldavad näitajad.....	29
3.5 Töö usaldusväärsuse tagamine.....	30
4 Tulemused.....	32
4.1 Uuritavate taustaandmed.....	32
4.2 Uuritavate alkoholitarvitamise harjumused.....	34
4.3 Nõustamise tulemuslikkus.....	36
5 ARUTELU.....	41
5.1 Lühinõustamise planeerimine ja läbiviimise etapid.....	41
5.2 Nõustamise tulemuslikkuse näitajad riskitasemete, episoodilise lakoholi tarbimise, alaskooride ja lõpliku AUDIT skoori alusel.....	42
5.3 Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine.....	44

5.4	Uurimistöö kitsaskohad.....	45
6	JÄRELDUSED.....	47
	KASUTATUD KIRJANDUS.....	48
	LISAD.....	57
	LISA 1. AUDIT test.....	57
	LISA 2. Inimuuringute eetika komitee luba.....	59
	LISA 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud patsiendile.....	60

KOKKUVÕTE

Alkoholi liigtarvitavate patsientide lühinõustamise tulemuslikkus Eesti perearstikeskustes: prospektiivne uuring

Eestis on jätkuvalt kõrge alkoholi tarbimine, mis võib olla mitmete terviseprobleemide riskiteguriks. Uurimistöö eesmärk on kirjeldada õdede -ja arstidepoolse alkoholialase lühinõustamise efektiivsust Eesti perearstikeskustes. Parema ülevaate saamiseks kirjeldati eraldi arstide -ja õdedepoolse nõustamise näitajaid eraldi. Magistritöö on osa Eesti Teadusagentuuri poolt rahastatavast projektist „Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena“ (ALTOKROON). Antud töö on kvantitatiivne, empiiriline prospektiivne uuring.

Magistritöös kasutatud andmed on kogutud projekti jooksul ajavahemikul märts 2013-jaanuar 2015.a. Projektis osalesid nii arstid kui õed, kes küsitlesid AUDIT testi ja SF-36 küsimustiku abil perearstikeskusesse järjestikku pöördunud üle 18 aasta vana patsienti, kellele anti tagasiside testimise kohta ning ≥ 8 punktiskoori korral pakuti läbida nõustamine. Aasta möödudes küsitleti nõustamist vajanuid patsiente sama meetodi abil teistkordselt. Projekti uurimuses osales esialgselt kuus Eesti perearstikeskust, kuid ühe perearstikeskuse väljalangemise tõttu jäi projekti viis ning lõplik valim moodustus 840. patsiendist, millest 133 (15,8%) vajasis nõustamist ≥ 8 punktiskoori tõttu ning neist 69 (8,2%) inimest nõustasid õed. Kokku sai õdede poolt skriinitud ning antud esmane tagasiside 512 (60,1%) inimesele.

Tulemuste põhjal on näha vähenenud AUDIT skooriga ($n=76$) lõpliku AUDIT skoori langust ($p<0,05$), alkoholi tarvitamise riskitasemete langust ($p<0,05$) ja vähemal määral episoodilise alkoholi tarbimise langust ($p<0,05$).

Märksõnad: AUDIT test, perearstisüsteem, õendus, nõustamine, efektiivsus.

SUMMARY

The efficiency of brief intervention conducted in family centers in Estonia for patients who have alcohol misuse: a prospective study

The reason for this research is important because the consumption of alcohol by Estonian population is high and it can have risks on health. This research is to compare the efficiency of brief counseling conducted by family doctors and nurses in family centers of Estonia by using different indicators. For better overview, the study aims to describe also the family health center nurses' and doctors' consultation separately. This part of research is financed by Estonian Research Council and is a part of ALTOKROON project. This work is a quantitative, empirical prospective study.

The information used in this work was gathered in the period of March 2013-Januari 2015. Doctors and nurses participated in this project, they interviewed all the patients older than 18 years old with an AUDIT test questionnaire and SF-36, who came to see family doctors. All patients received feedback on their tests and those patients which scored ≥ 8 points, received an offer to have brief counseling and after a year they were interviewed again. Six family centers in this project participated first but in the process one of the centers left the project. The trial had 840 participants, of which 133 (15,8%) participants needed counseling because of a score higher than >8 , 69 (8,2%) participants were consulted by nurses. In the whole were screened 512 (60,1%) participants, all of them received feedback on their tests.

Due to the result of given research we can see in the group with decreased score AUDIT ($n=76$) the reduce of whole AUDIT score ($p<0,05$) and the reduction of the risk level of the alcohol use ($p<0,05$), the reduction of the episode alcohol use in a less degree ($p<0,05$).

Keywords: *AUDIT test, family practitioners, nursing, counseling, effectiveness.*

1 SISSEJUHATUS

Eesti kuulub enim alkoholi tarbivate riikide hulka. Alkoholist põhjustatud kahjud nii elanikkonna tervisele kui ka majandusele on ulatuslikud ning seetõttu on alkoholipoliitika peamisteks prioriteetideks alkoholi tervisekahjude vähendamine, noorte alkoholitarvitamise tõkestamine ning alkoholi kogutarbimise vähendamine. Alkoholi liigtarvitamise vähendamiseks on riiklikul tasandil võetud kasutusele erinevaid abinõusid, nt alkoholireklaami mõningane piiramine, alkoholimüügi ajalised piirangud ning aktsiisitõus, kuid oluline on rakendada ka abinõusid alkoholitarvitamise vähendamiseks üksikisiku tasandil. (Alkoholipoliitika roheline raamat 2014.) Üheks selliseks abinõuks on alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine ja patsientide nõustamine perearstikeskuses, mille tulemuslikkust on viimase kahekümne aasta jooksul tõestatud paljudes uuringutes (Kaner jt 2007; O'Donnell jt 2014). Tulenevalt perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendist (Perearsti tööjuhend 2011) on nii perearsti kui ka pereõe üheks oluliseks töövaldkonnaks tervise edendamine ja nõustamine, sealhulgas ka alkoholi liigtarvitamisega seotud terviseprobleemide ennetamine.

Varasematest uuringutest selgub, et enam on uuritud perearstide poolt teostatud lühinõustamise tulemuslikkust (Fleming jt 1997; Senft jt 1997; Ockene jt 1999; Curry 2003; Saltz 2003), kuid pereõdede poolse nõustamise tulemuslikkust kajastavaid artikleid leida vähe (Israel 1996; McIntosh 1997; Tomson 1998; Ockene jt 1999; Wutzke jt 2002; Babor jt 2006; Lock jt 2006; Watson jt 2013). Nende uuringute tulemused on olnud vasturääkivad ning enamus uuringutest olid tehtud üle 10 aasta tagasi. Üksikutes uuringutes on võrreldud ka õdede ja arstide poolt teostatud lühinõustamise tulemuslikkust (McIntosh jt 1997; Tomson jt 1998; Babor jt 2006), kuid olulisi erinevusi ei ole leitud. Tulenevalt sellest on uurimistöö probleemiks vähene ja vastandlik info selle kohta, kui võrd mõjutab õdede poolt läbi viidud nõustamine patsientide alkoholitarvitamist ning vähene teave õdede ja arstide poolse nõustamise tulemuslikkuse võrdlusest.

Eestis uuriti perearsti poole pöörduvate patsientide alkoholitarvitamist esmakordselt aastatel 2003-2005 toimunud PREDICT uuringu raames (Maaroos jt 2010), kuid järjekindlamalt on alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamisega hakatud tegelema alates 2010. aastast (Lai ja Habicht 2011). 2011. aastal valmis Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli Peremeditsiini kliiniku koostöös metoodiline juhend, milles määratleti patsiendirühmad, kellele soovitatakse alkoholitarvitamist hinnata (Tähepõld jt 2012). Juhendis soovitatakse alkoholitarvitamise riskitaseme hindamise mõõdikuna kasutada AUDIT (*Alcohol Use Disorders*

Identification Test) küsimustikku, mis võimaldab hinnata alkoholi tarvitamisest tulenevat riski alkoholi tarvitamise sageduse ja tarvitatud alkoholi koguse selgitamise abil (Babor jt 2001a). Seniste uuringute põhjal on leitud, et AUDIT küsimustik sobib alkoholi liigtarvitamise varajaseks avastamiseks Eesti perearstisüsteemis, kuna testimine on seotud vähese ajakuluga, küsimustikule vastamine on perearstide hinnangul enamiku patsientide jaoks lihtne (Saame jt 2011) ning ka patsiendid suhtuvad alkoholi tarvitamise kohta küsimuste esitamisesse ja nõustamisse positiivselt (Kriipsalu jt 2015).

Pereõena töötades puutub magistritöö autor sageli oma igapäevatoos kokku alkoholi liigtarvitavate patsientidega, kes vajaksid nõustamist, et ennetada võimalike terviseprobleemide tekkimist või olemasolevate terviseprobleemide süvenemist. Seetõttu otsustas autor hinnata oma magistritöö raames alkoholi liigtarvitavate patsientide nõustamise tulemuslikkust Eesti perearstikeskustes. Kuigi maailmas on selles valdkonnas tehtud palju uuringuid, siis Eestis seda senini veel uuritud ei ole. Tegemist on uue valdkonnaga nii perearstide kui –õdede töös, mille edukaks rakendamiseks on oluline tõenduspõhiste andmete olemasolu selle tulemuslikkuse kohta. Positiivse tulemi korral on võimalik rakendada alkoholi liigtarvitamise skriinimist ning patsientide nõustamist pereõe igapäeva töö käigus. Antud töös hinnati lisaks ka perearstide nõustamise tulemusi, et saada ülevaadet, kas õdedel või arstidel on sarnasusi nõustamise efektiivsuse seisukohast arvestades õdede poolse nõustamise eeliseid kuluefektiivsuse näitajate poolset (Purshouse jt 2012).

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada ja hinnata perearstikeskuses õdede ja arstide poolt läbiviidud lühinõustamise efektiivsust aasta möödudes pärast nõustamise läbiviimist alkoholi liigtarvitavate patsientide hulgas.

Lähtuvalt magistritöö eesmärgist on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

- Kirjeldada perearstikeskusesse pöörduvate patsientide alkoholitarvitamise harjumusi.
- Võrrelda uuritavate alkoholitarvitamise riskitasemete sagedusjaotust lühinõustamise eelselt ning aasta pärast nõustamist.
- Võrrelda uuritavate alkoholitarvitamist kirjeldavate alaskooride jaotust lühinõustamise eelselt ja järgselt.
- Hinnata episoodilise ohustava alkoholitarvitamise osakaalu muutust uuritavate hulgas pärast lühinõustamise läbiviimist.
- Võrrelda õdede ja arstide poolt läbi viidud nõustamise tulemuslikkust.

Läbiviidav prospektiivne uuring on kirjeldav, empiiriline ja kvantitatiivne.

2 KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1 Magistritöös kasutatavad mõisted

Alkohol (*alcohol*) on alkoholiseaduse kohaselt toidugrupp, mille moodustavad piiritus ja alkohoolsed joogid“. (Alkoholiseadus. Riigi Teataja I 2002). Alkoholi tarvitamisel saadakse võrreldes valkude ja süsivesikutega suhteliselt palju energiat – toiduenergiasisaldus valkudes ja süsivesikutes on 4 kcal/g, rasvadel 9kcal/g, alkoholil 7kcal/g. (Vaask 2006). AUDIT testis kasutatakse tarvitatava alkoholi hulga kindlakstegemisel alkoholiühikuid (*unit*) e. alkoholiannus (*standard drink*) - kirjeldatakse kui alkohoolse joogi kogust, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi (Tähepõld jt 2012, Babor jt. 2001).

Siin ja edaspidi kasutatud alkoholitarvitamist kirjeldavate mõistete eestikeelsed terminid ja selgitused pärinevad 2011. aastal Tervise Arengu Instituudi ja Tartu Ülikooli peremeditsiini kliiniku koostööna valminud metoodilisest juhendist „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises“ ning 2015 aastal valminud ravijuhendist “Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus”. Viimases juhendis määratleti **alkoholi liigtarvitamise** (*alcohol misuse*) mõiste alla järgmised alkoholitarbimise liigid:

- 1) **Ohustav** alkoholi tarvitamine (*hazardous drinking*), mille alla lähevad mõisted
 - a) alkoholi **riskitarvitamine** (*at risk drinking*),
 - b) **episoodiline ohustav alkoholi tarvitamine** (*binge drinking*) ja
 - c) **tugev alkoholi tarvitamine** (*heavy drinking*).
- 2) **Alkoholi kuritarvitamine** (*harmful drinking*) hõlmab endas ka **kahjustavat alkoholi tarbimist** (*harmful drinking*).
- 3) **Alkoholisõltuvus** (*alcohol dependence*) on sündroom, mille põhitunnuseks on joomise jätkamine vaatamata selle kahjulikest mõjudest.

Kahjustav alkoholitarvitamine on defineeritud kui alkoholi tarvitamine kogustes, mis kahjustab inimese vaimset või füüsilist tervist ja millega võib kaasneda sotsiaalsete probleemide teke. **Ohustav** alkoholi tarvitamine on alkoholi tarvitamine kogustes, mille puhul suureneb risk kahjulike mõjude tekkeks inimese vaimsele või füüsilisele tervisele, samuti sotsiaalsete probleemide tekkeks (Tähepõld jt.2012, Babor jt 2001). Eestis peetakse ohustavaks alkoholikoguseks nädalas meestel 160 g ja naistel 80 g või enam alkoholiühikut, samuti igapäevane või **episoodiline ohustav alkoholitarvitamine** s.t. korraga kuue või enama alkoholiühiku (60 grammi või enam absoluutset alkoholi) tarvitamine vähemalt kord kuus

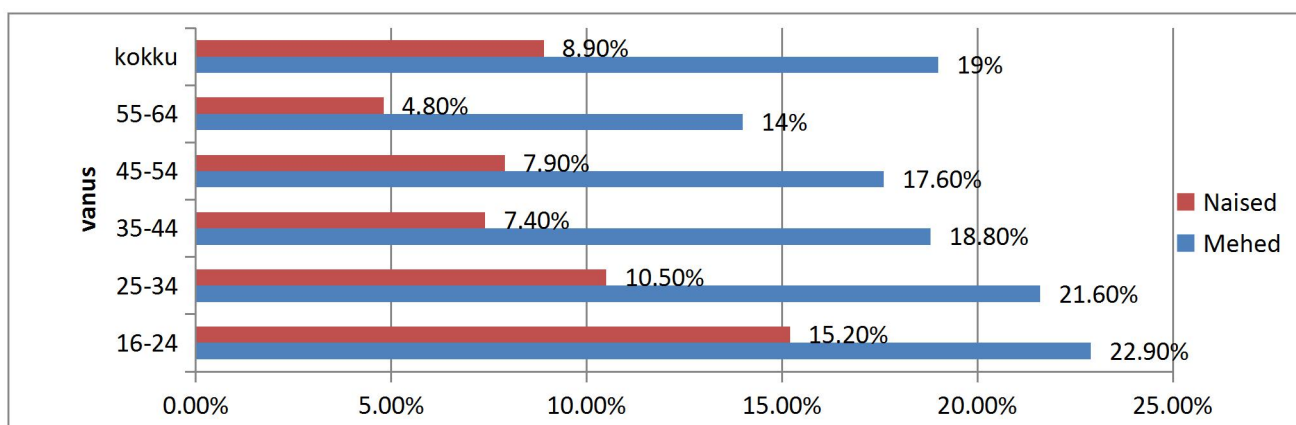
(Tähepõld jt. 2012). Alkoholitarmitamise riskipiirid võivad riigiti erineda, mida tuleb arvestada alkoholitarmitamise võrdlemisel erinevate riikide vahel. Nii näiteks määratletakse Ameerika Ühendriikides NIAA (2005) juhendmaterjali kohaselt ohustavaks alkoholitarmimiseks enam kui 14 alkoholiannuse tarmitamist meeste ja üle 7 alkoholiannuse tarmitamist naiste puhul nädalas või korraga rohkem kui 4 alkoholiannuse tarmitamist meeste ja 3 annuse tarmitamist naiste puhul üks kord kuus või rohkem. Suurbritannias soovitatakse meestel tarmida päevas mitte enam kui 32 g ja naistel mitte enam kui 24 g absoluutset alkoholi päevas (Nichols jt 2012). Alkoholi tarmimise seisunditest toob Eestis kasutatav RHK-10 süsteem välja alkoholi kuritarvitamist ja sõltuvust. **Kuritarvitamist kirjeldatakse** kui tervist kahjustavat alkoholi tarmitamist ning kahjustus võib olla nii somaatiline kui psüühiline. **Sõltuvust** iseloomustab tung alkoholi tarmida või alkoholi tarmimine. (Rahvusvaheline haiguste ja tervisega...1998).

Töös kasutatav mõiste **lühinõustamine** (*brief counseling*) on psühhosotsiaalse sekkumise (*psychosocial intervention*) liik, mida Eesti ravijuhendi alusel määratletakse kui alkoholi tarmimise häire ravis kasutatavat mittfarmakoloogilist sekkumist. Lühinõustamine on tavaliselt lühikese kestusega nõustamine (5-10 minutit), mille eesmärk on teha kindlaks olemasolev või potentsiaalne alkoholi tarmimisega seotud probleem ja motiveerida inimest vähendama tarmitatava alkoholi kogust (Babor jt 2001). NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) 2010 programmis kirjeldatakse kahetüübilist lühinõustamist: struktureeritud lühinõu ja laiendatud motiveerivat nõustamist. Neist esimene üldjoontes sarnaneb eelpool mainitud autori definitsiooniga ning teist kirjeldatakse kui motiveeriva intervjuerimise elemente sisaldav nõustamine, mis aitab inimesel muuta oma käitumist (*National Institute for...2010*).

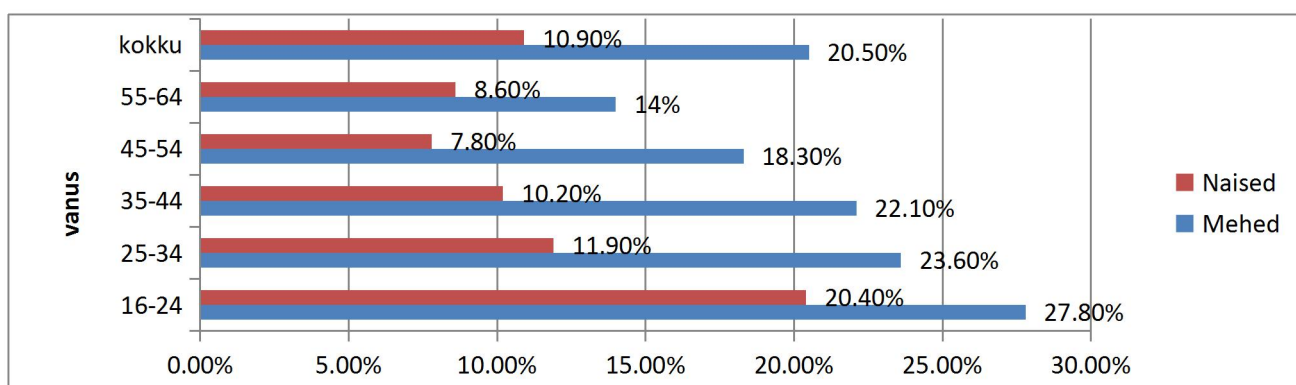
2.2 Alkoholi liigtarmitamine ja sellega seotud probleemid

Viimaste aastate statistilised andmed näitavad, et Eesti elanike hulgas vähenes alkoholsete jookide tarmimine alates 2008. aastast kuni 2010. aastani, 2011. aastal aga taas suurenes. Ühe elaniku kohta tarmiti 2011. aastal absoluutalkoholina 10,2 liitrit (2010. aastal 9,6 liitrit) (Alkoholi turg, tarmimine...2012) ning 2014 aastal 11,8 liitrit alkoholi (Alkoholi turg, tarmimine...2015). Võrreldes 2010. aastaga on EKI (Eesti Konjunkturiinstituut) andmetel on nende inimeste osakaal, kes tarmitasid enda hinnangul alkoholseid jooke palju, 2011. aastaks küll kahanenud 4%-lt 2%-ni, kuid mõõdukalt alkoholi tarmitanute osakaal suurenes 26%-lt 2010. aastal 29%-ni 2011. aastal. 2013. aastal tarmiti Eestis iga 15-aastase ja vanema inimese kohta keskmiselt 87 liitrit õlut, 13 liitrit veini, 11,2 liitrit kanget alkoholi (sh viina 6,9 l) ja 20,9 liitrit lahjasid alkoholseid jooke (siider, segujoogid). (Alkoholi turg, tarmimine...2014). Eesti täiskasvanute

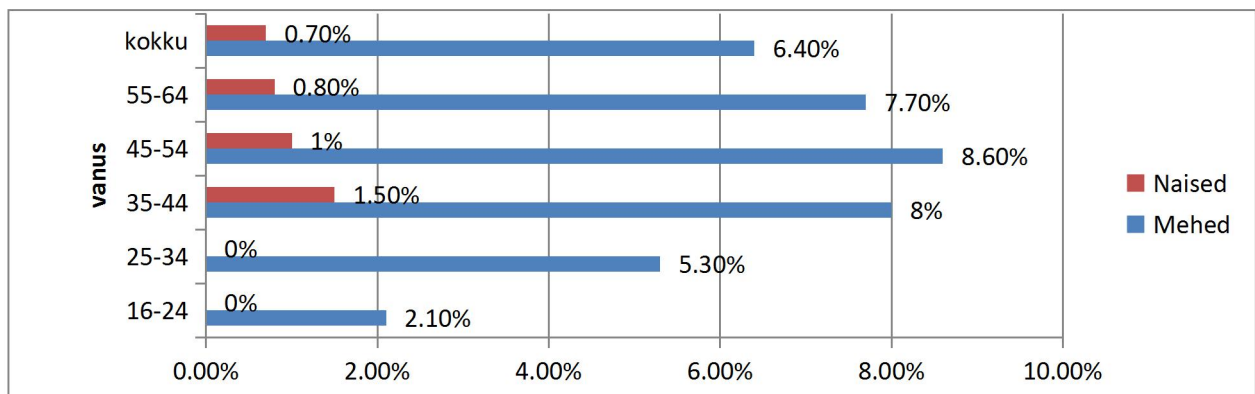
tervisekäitumise uuringutest (Tekkel jt 2011, 2015) selgub, et aastatel 2010-2014 suurenes protsentuaalselt vastanute seas nii episoodiline (vähemalt kord kuus 6 või enama annuse tarbimine)(Joonis1 ja Joonis 2) kui igapäevane alkoholi tarvitamine (Joonil 3 ja Joonis 4). Tabelis 1 on näha kahel eri aastal enim episoodiliselt alkoholi tarbinud vanuserühma mõlemast soost- selleks on 16-24 aastased inimesed. 2014 aastal tõusis episoodiliselt tarvitava alkoholi protsent naiste seas 2 võrra ja meeste seas 1,5 võrra. Igapäevase alkoholi tarbimine taaskord suurenes kõigis vanuserühmades, kokku meeste seas 2010-2014 aastatel 3,5% ja 0,5% võrra. Esitatud andmetest selgub, et alkoholi tarbimine ühe elaniku kohta aastate jooksul küll varieerub, kuid olulist langustendentsi ei ilmne. Alkoholi liigtarvitamine on enam levinud nooremate meeste hulgas ning seda kinnitavad ka mitmed teistes riikides läbi viidud uuringute tulemused (Halme jt 2008, Behavioral Health... 2012, Lotfipour jt 2015).



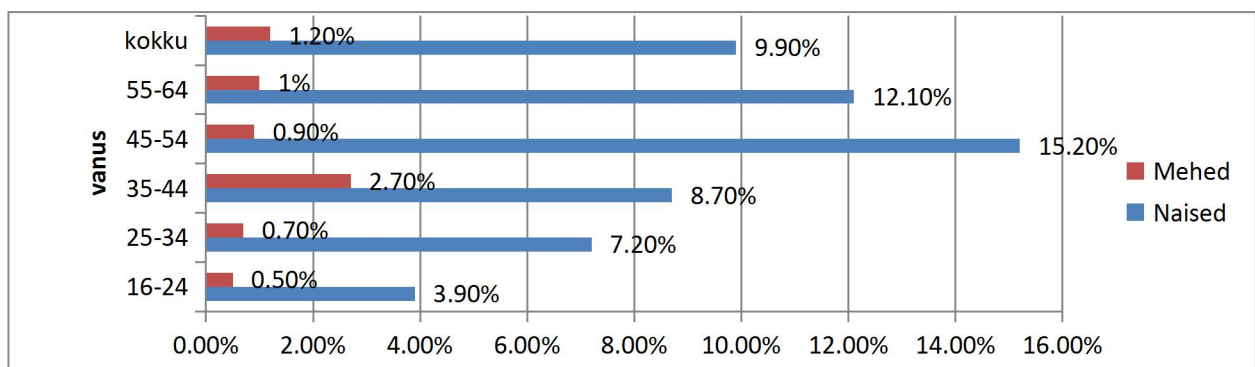
Joonis 1. Kord kuus vähemalt kuue alkoholiühiku tarbimine (%) 2010 aastal (Tekkel jt...2011)



Joonis 2. Kord kuus vähemalt kuue alkoholiühiku tarbimine (%) 2014 aastal (Tekkel jt.....2015)



Joonis 3. Viimase 12 kuu jooksul igapäevaselt alkoholi tarbimine (%) 2010 aastal (Tekkel jt...2011)



Joonis 4. Viimase 12 kuu jooksul igapäevaselt alkoholi tarbimine (%) 2014 aastal (Tekkel jt...2015)

Alkoholi liigtarvitamine suurendab terviseprobleemide tekkimise ja süvenemise ning vigastuste tekkimise riski. Maailma Terviseorganisatsiooni WHO (*World Health Organization*) andmetel on alkohol kogu maailmas suurimaks enneaegse suremuse, puute ja tervisliku seisundi halvenemise riskiteguriks, põhjustades ligikaudu 2,5 miljonit surma igal aastal (*World Health Organization. Action needed to...2011*). Kirjanduse andmetel on alkoholiga otseselt seotud haigustest enam levinud alkoholi tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäireid ning maksa alkoholitõbi (Orro jt 2012), eeskätt maksatsirroos (Szabo & Mandrekar 2010). On leitud, et inimesed, kes tarvitavad enam alkoholi, on tõenäoliselt sagedamini ka suitsetajad (Bobo & Husten 2000, Grant jt 2004), mis suurendab terviseriski veelgi enam.

Eestis pöördusid 2014. aastal alkoholiga seotud haiguste tõttu tervishoiuasutustesse 9727 inimest (Tabel 1), neist neljandik perearsti poole. Sagedasemateks põhjusteks olid alkoholipsühhoos (36% pöördumistest), alkoholi sõltuvushäired (17%) ja maksa alkoholitõbi (10%). Võrreldes 2013. aastaga alkoholiga seotud haiguste tõttu abivajajate koguarv küll mõnevõrra vähenes, kuid alkoholi toksilise toime tõttu haiglavisiiti või ravi vajanud inimeste arv samal aastal suurenes

26% võrra (845-lt 1062 patsiendini). Alkoholiga seotud haiguste ravikulud (v.a. tasulised visiidid) suurenesid 2,7 miljonilt eurolt 2013. aastal 2,9 miljonit euron 2014 aastal (Alkoholi turg, tarbimine...2015). Anantharaman jt (2011) leidsid, et tubakas ja alkohol on peamised riskitegurid ülemiste hingamisteede, pea ja kaela vähi, sealhulgas suuõõne, kõri, hingetoru ja söögitoru vähi tekkeks. Baan jt (2007) hinnangul on alkohol tõenäoliselt etioloogiline faktor kolorektaalse vähi tekkeks. Lisaks eelnimetatud haigustele on alkoholi liigtarvitamine seotud veel mitmete terviseprobleemidega, nagu näiteks arteriaalne hüpertensioon, depressioon ja unetus (Andersson jt 2006) ning südame isheemiatõbi, maksatsirroos ja insult (Alkoholipoliitika roheline raamat 2014). Sagedasemate alkoholist tingitud surmade põhjused Eestis on maksa alkoholtõbi, alkoholimürgistus ja alkoholoolne kardiomüopaatia; alkoholist tingitud surmade osakaal on oluliselt suurem meeste hulgas, võrreldes 2013. aastaga suurenes 2014. aastal alkoholist tingitud surmajuhtude arv, sh maksa alkoholtõvesse surnud meeste ja alkoholimürgistusse surnud naiste arv. (Alkoholi turg, tarbimine...2013,2014, 2015).

Tabel 1. Sagedasemad pere-ja eriarsti poole pöördumiste põhjused alkoholi tarbivate patsientide seas (Alkoholi turg, tarbimine...2014, 2015).

Aasta	Sagedasemad alkoholiga seotud haiguste tõttu p/a ja eriarstide poole pöördunud patsiendid					Alkoholiga seotud ravikulud (miljonit eurot)
	Alkoholi psühhoos	Alkoholi sõltuvus	Maksa alkoholtõbi	Alkoholi toksiline toime	kokku	
2013	4318	1755	1286	845	13658	2,7
2014	3474	1619	1014	1062	9727	2,9

Alkoholitarbimisest tingitud negatiivsed tagajärjed ühiskonnale on ka õnnetused ja kuritegevus. Joobes juhtimisega seotud õnnetused moodustasid 2011. aastal 12% kõikidest liiklusõnnetustest. 2014. aastal registreeriti Eestis alkoholijoobes sõidukijuhtimist 6637 korral. 49-st tuleõnnetuses hukkunud inimesest 33 (67%) tuvastati alkoholijoove. Uppunud 62-st inimesest olid 35 (56%) ebakained. Kukkumise tagajärjel hukkunud inimestest olid alkoholijoobes 34% inimestest, alajahtunud ja selle tõttu surnud inimestest tarbisid eelnevalt alkoholi 51%. Alkoholi tarbimisega seostuvat kuritegevust täheldati 2014. aastal 86 korral (Alkoholi turg, tarbimine...2015). Samuti

on Eestis alkoholijoove olnud 18-64 aastaset inimeste üli­raskete vigastuste põhjuseks (Alkoholipoliitika roheline raamat 2014). Alkoholi tarbimisega seotud vigastused on tõenäolisemad tekkima meestel ja noorematel täiskasvanutel (Lotfipour jt 2015.) Seetõttu on eriti oluline keskenduda just noorte, väljakujunenud sõltuvusprobleemidega inimeste alkoholi tarbimisharjumuste muutmisele, et vähendada edaspidi alkoholist tingitud kahjusid.

2.3 Alkoholi liigtarvitamise varajane avastamine

Nagu eelpool kirjeldatud, on alkoholitarvitamise risk seotud sellega, missugustes kogustes ja kui sageli alkoholi tarvitatakse. Alkoholi liigtarvitamine suurendab püsiva tervisekahjustuse või alkoholisõltuvuse riski, mida saab hinnata erinevate mõõdikute abil (Saunders jt. 1993).

Erinevalt subjektiivsest hinnangust annab sobiva mõõdiku kasutamine täpse ülevaate tarbitud alkoholi koguse kohta. Selleks, et aidata esmatasandi tervishoiuteenuste osutajatel tuvastada alkoholi tarbimisest tingitud tervise­probleemidega patsiente, on välja töötatud erinevaid meetodeid, näiteks erinevate markerite määramine kui ka patsiendi enda poolt täidetavad skriiningtestid (Volk jt 1997). Skriiningtestid on enamasti välja töötatud valimite põhjal, kuhu kuuluvad inimesed, kellel on juba välja kujunenud alkoholi tarbimisest tingitud probleemid – näiteks mõne organsüsteemi kahjustus, muu alkoholi tarbimisest tingitud kahju või kaasuvad psühhiaatrilised probleemid (Bohn jt 1995). Patsientide alkoholi tarvitamise hindamiseks on välja töötatud erinevaid skriiningteste, neist kirjanduse põhjal kasutatavamateks on AUDIT, AUDIT-C, CAGE (CAGE *questionnaire*) ja MAST (*Michigan Alcohol Screening test*).

MAST küsimustik on üks kõige vanemaid mõõdikuid, mis töötati välja juba 1971. aastal. See on 24 küsimusest koosnev test ja võimaldab hinnata, kuidas patsient ise tunnetab alkoholi liigtarvitamisega seotud probleeme. (Zung 1982 Selzer 1971 järgi). **CAGE** küsimustik on neljast küsimusest koosnev skriiningtest (Skogen 2011 Ewing 1984 järgi). Tema eeliseks teiste testide hulgas nimetatakse lühidust, lihtsalt täidetavust ja tulemuste hindamise võimalust (O'Brien 2008).

AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) on mõõdik, mis võimaldab avastada alkoholi liigtarvitamist, sealhulgas ka nende patsientide hulgas, kellel ei ole veel märkimisväärset alkoholist põhjustatud tervisekahjustust välja kujunenud (Aalto jt 2011). Mõõdik töötati välja 1990ndate aastate alguses, võttes aluseks seni kasutusel olnud mõõdikud. Küsimuste valikul võeti arvesse võimalust hinnata seoseid järgmiste näitajate vahel: päevane alkoholitarbimine, 6 või enama alkoholiannuse korraga joomine ja küsimuse võime eristada ohtlikku ja ohustavat alkoholitarbimist. Samuti arvestati küsimuste valikul nende valiidsust,

alkoholiga seotud valdkondade suhet, saadud vastuste kasulikkust järgneva ravi teostamiseks ja oluliste valdkondade haaratust (st tarbimine, sõltuvusseisundid ja alkoholitarbimise negatiivne mõju). Lisaks arvestati ka võimalust kasutada küsimustikku nii meeste kui naiste puhul ja kasutuse võimalikkust eri rahvuste vahel. Testi arendamise käigus hinnati selle spetsiifilisust, sensitiivsust ja alkoholitarbimise piirväärtust. (Saunders jt 1993, Allen 1997). AUDIT koosneb 10 struktureeritud küsimusest ja igal küsimusel on valikvastused skaalal 0–4 (Lisa 1). Võrreldes teiste mõõdikutega on AUDITil mitmeid eeliseid – see on töötatud välja rahvusvaheliseks kasutamiseks, on lühike ja kohandatud kasutamiseks esmatasandil (Torres jt 2009), kuna küsimustele vastamine ja tulemuste arvutamine võtab aega vaid mõned minutid (Aalto jt 2011), samuti on leidnud kinnitust mõõdiku valiidsus, sh konkureeriv valiidsus (Kaner jt 2009).

AUDITi tugevuseks on ka võimalus kasutada seda osaliselt. Kaarne jt (2010) uuringust selgus, et AUDIT–C (kolm esimest küsimust täielikust AUDIT küsimustikust) mõlema soo esindajate puhul ja AUDIT-3 (kolmas küsimus täielikust AUDIT küsimustikust) meeste puhul on sobivad skriiningu instrumendid juhul, kui küsitlemiseks antud aeg on piiratud. Küsimused on esitatud järjestus-, ordinaal -ja nominaalskaalal, on suletud lõpuga ja enamusele patsientidest arusaadavad. Patsiendi lõpliku skoori üksikasjalikumas interpretatsioonis määratletakse, milliste küsimuste arvelt punktid olid saadud. Vaadeldes erinevate küsimuste eest saadud punktiskoori, ütleb Babor (2001), et skoori 8 punkti või üle selle on soovitatud vaadata kui ohtliku ja kahjuliku alkoholitarbimise indikaatorit.

AUDIT testi tulemuste alusel saab vaadelda erinevaid küsimusi ja punktisummat järgmiste näitajate alusel (Babor jt 2001, Tähepõld jt 2012):

- Riskitasemed:

- 1) AUDITi skoor 1-7 punkti – madala riskiga alkoholitarvitamine ehk alkohoolseid jooke tarvitatakse koguses, mille puhul tervisekahju ja alkoholisõltuvuse tekke tõenäosus on väike;
- 2) AUDITi skoor 8-15 punkti – ohustav tarvitamine ehk alkoholi tarvitamine kogustes, mille puhul suureneb inimese vaimsele või füüsilisele tervisele kahjulike mõjude tekke risk, samuti sotsiaalsete probleemide tekke risk;
- 3) AUDITi skoor 16-19 punkti – kahjustav tarvitamine ehk alkoholi tarvitamine koguses, mis kahjustab inimese vaimset või füüsilist tervist ja millega võib kaasneda sotsiaalsete probleemide teke;

4) AUDITi skoor 20 punkti ja enam viitab võimalikule alkoholisõltuvusele.

- Alaskoorid:

- 1) küsimused 1-3 hindavad joomise sagedust ja kogust;
- 2) küsimused 4-6 näitavad võimaliku sõltuvusprobleemi esinemist ning
- 3) küsimused 7-10 võimaldavad tuvastada kahjustavat alkoholi tarbimist ja sellega seotud probleeme igapäevaelus.

Reinert jt (2007) on jaganud kategooriad vastavalt konkreetsete küsimuste põhjal saadud punktide kaupa mille põhjal saab uurida alaskoore. Esimene alajaotus on “Ohustav alkoholarvitamine” ja sisaldab endas küsimusi 1-3. Skoor 1 või rohkem küsimusele 2 või 3 viitab alkoholarvitamisele ohtlikul määral. Teine alajaotus on “Sõltuvussümptomid” ja sisaldab endas küsimusi 4-6. Nende küsimuse eest saadud punktiskoor, mis on suurem kui 0 (eriti nädalased või päevased kogused) vihjavad algavale alkoholismile või alkoholisõltuvusele. Kolmas alajaotus on “Kahjustav alkoholarbimine” ja sisaldab endas küsimusi 7-10. Nende küsimustega skooritud punktid viitavad, et alkoholist põhjustatud kahjustus on juba olnud kogetud. Kui 2. ja 3. küsimuse eest saab patsient 0 punkti, liigub ta edasi 9. ja 10. küsimuse juurde. Üldine punktiskoor, tarbimise tase, sõltuvuse märgid ja olemasolev kahjustus mängivad rolli otsustamises, milliseid samme võtta edasi patsiendi nõustamisel.

- Episoodilist alkoholi tarbimist hinnatakse kuue või enama annuse tarbimise alusel.

AUDIT küsimustiku abil võivad alkoholi liigtarvitamise skriinimist läbi viia esmatasandi tervishoiu erinevates valdkondades töötavad erineva nõustamisoskuse ja –kogemusega inimesed (*Programme of Substance Abuse* 1993). Esmatasandil töötavad õed ja arstid puutuvad kokku oma patsientide erinevate terviseprobleemidega, millest paljud võivad olla seotud alkoholi tarvitamisega (Thakker jt 1998). MacKenzie jt (1996) leidsid erinevate mõõdikute tundlikkuse ja täpsuse hindamisel, et AUDIT küsimustik on sobiv varjatud, kuid ohustava alkoholarvitamise väljaselgitamiseks ning õed võiksid paluda patsientidel täita küsimustik tavavastuvõtu ajal. AUDIT-C on AUDIT testi lühem versioon, mis sisaldab endas kogu testist kolme esimest küsimust. Vitesnikova jt. (2014) uuringust selgus, et AUDIT ja AUDIT-C täpsus alkoholi kuritarvitamise avastamisel oluliselt ei erinenud ($p=0.395$).

Võrreldes CAGE ja MAST mõõdikutega on leitud, et AUDIT võimaldab paremini tuvastada alkoholi liigtarvitajaid nii mees- kui naispatsientide, samuti erinevast rahvusest patsientide hulgas (Steinbauer 1998.) selgitab, et MAST ja CAGE võimaldavad hinnata pigem alkoholisõltuvuse olemasolu, kuid AUDIT seevastu võimaldab hinnata ka ohustava alkoholitarvitamise ilminguid (Bohn 1995, MacKenzie jt 1996), kuna AUDITi, sh ka AUDIT-C tundlikkus ja spetsiifilisus tervist ohustava alkoholitarvitamise hindamisel on oluliselt suurem kui MASTil (Bohn 1995, Gomez jt 2006).

Alkoholijoobes autojuhtide võrdlev skriinimine AUDITi ja MASTiga näitas mõlema mõõdiku arvestatavat sisemine kooskõla, mida kirjeldab korrelatsioonikordaja väärtus $r=0,602$ (Conley 2001). Coulton jt (2006) leidsid korrelatsiooni alkoholi joomise ja AUDIT skoori vahel ($r=0,74$) ning alkoholi tarbimisega tõusva γ -glutamüültransferaasi (GGT) vahel ($r=0,20$). Seega võib AUDITit pidada usaldusväärseks ja esmatasandil sobivaks meetodiks alkoholi liigtarvitamise selgitamiseks või sõltuvussümptomite identifitseerimiseks (Carrington Reid jt 2012).

2.4 Alkoholi liigtarvitava patsiendi nõustamine

2.4.1 Motiveeriva intervjuu ja transteoreetilise mudeli kasutamine nõustamise läbiviimisel

Alkoholi liigtarvitava patsiendi nõustamiseks on sobiv kasutada motiveeriva intervjuu (*motivational interviewing*) (MI) tehnikat, mis on kooskõlas transteoreetilise mudeli põhimõtetega (Tähepõld jt 2012). Motiveeriv intervjukeerimine on kliiniline meetod, mis aktiveerib patsiendi enda motivatsiooni oma käitumist muuta ja ravist kinni pidada (Rollnick, S. jt. 2008). Miller (2009) kirjutab, et MI meetodit on arendatud paljude aastate jooksul. MI metoodika sai mõjutusi Festingeri kognitiivse dissonantsi teooriast, Bemsi enesetaju teooriast ja Rogersi “muutuste kriitiliste seisundite” teooriast. Algselt arendas MI tehnikat William R. Miller, kes uuris nõustaja käitumuslike oskuste ja liigselt alkoholi tarbivate inimeste nõustamise vahelisi seoseid. 1983.a valmis esimene MI tehnika kirjeldus. Hiljem liitus nõustamistehnika arendamise protsessi Stephen Rollnick, kellega koos koostati 1991. aastal esimese originaalraamat “*Motivational interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*”, milles kirjeldati edasiarendatud MI meetodit. 2002. aastal (Miller jt 2002) ilmus samade autorite raamatu teine trükk “*Motivational Interviewing. Preparing People for change*”. MI metoodika seisneb avatud küsimuste esitamises, küsimuste peegeldamises ja kokkuvõtete tegemises. MI meetodi kasulikkus on leidnud kinnitust mitmetes uurimustes (Nes jt 2009, Megan jt 2010, Jansink jt 2013). Transteoreetiline mudel oli loodud selleks, et ühendada muutuste põhimõtteid ja protsessi,

võttes aluseks juhtivaid teooriaid psühhoteraapiast ja käitumise muutusest (Prochaska 2008 Prochaska 1979 järgi). Käitumise muutuste faase kirjeldas Prochaska (2008) kui kuueastmelist protsessi, mis sisaldab endas eelkaalumis-, kaalumis-, ettevalmistus-, tegevus-, säilitus- ja lõppfaasi. Mudeli autor peab faaside läbimist nii stabiilseks kui muutuvaks protsessiks, inimesed võivad liikuda edasi või tagasi olenevalt abist, mida nad saavad.

Magistritöö autor peab MI meetodi elementide kasutamist sobilikuks nõustamise läbiviimisel, kuna ta on neid ka varem tööl praktiseerinud ja näinud positiivset mõju empaatilise koostöö loomisel. Magistritöö autor on isiklikul seisukohal, et MI meetodit on võimalik tulemuslikult rakendada alkoholi liigtarvitavate patsientide nõustamises juhul, kui on läbitud eelnev sellealane koolitus ning eelnevalt on olnud võimalik seda meetodit harjutada. Patsiendi muutuste protsessi alkoholi alases nõustamises ei olnud magistritöö autoril võimalust eraldi jälgida. See asjaolu tuleneb sellest, et inimesed, kes vajaksid laiendatud nõustamist ei olnud nõus selles protsessis osalema, kuna ei teadvustanud endale probleemi olemust ning ei pidanud vajalikuks muuta oma joomisharjumusi vaatamata testi järgi saadud tagasisidele. Transteoreetilise mudeli järgi viibivad praegu need patsiendid ettevalmistusfaasis. Küll aga saab nende patsientidega tegeleda järgmiste vastuvõttude ajal, pöördudes tagasi alkoholi tarvitamise teema juurde ja siduda seda näiteks halvenenud labori- või tervisenäitajatega, sest muutuste vajaduse teadvustamine ja elluviimine ongi pikaajaline protsess.

2.4.2 Nõustamistaktika planeerimine

Juhendmaterjali „Alkoholi liigtarvitava patsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstikeskuses“ (Tähepõld 2012) järgi võib kasutada nõustamise läbiviimiseks erinevaid meetodikaid, sealhulgas motiveeriv intervjuerimine. Nõustamistaksita valitakse vastavalt patsiendi alkoholitarvitamise riskile, mida hinnatakse AUDIT mõõdiku abil. Kui patsiendi punktiskooriks tuleb 0-7 selgitatakse, et tõenäosus sama alkoholi tarvitamise juures tervisekahjustuse tekkeks on väike. Soovitatakse mitte suurendada alkoholi tarvitamist. Soovitav on anda patsiendile infomaterjal.

Punktiskoori 8-15 puhul:

- a) vesteldakse patsiendi enda tähelepanekutest ja muredest;
- b) selgitatakse antud alkoholikoguse tarvitamise mõju tervisele;
- c) antakse tagasiside teostatud ankeetküsitlusest ja laboriuuringutest;
- d) patsient peab alkopäevikut;
- e) patsiendile soovitatakse üle minna lahjematele jookidele, aeglasemale joomisele;

- f) lepitakse kokku tarvitamise ülemine piir, nt. madala riskiga alkoholi tarvitamine;
- g) koostatakse plaan alkoholi tarvitamise vähendamiseks.

Laiendatud nõustamine viiakse läbi, kui patsiendi punktiskoor on 16-19 punkti ja kui patsiendil esineb valmisolek probleemiga tegelemiseks. Laiendatud nõustamise ajal hinnatakse patsiendi valmisolekut probleemiga tegelemiseks ja koostatakse 6-astmeline plaan alkoholi tarvitamise vähendamiseks. Kui testi skoor on ≥ 20 , tuleks uurida täiendavalt võimaliku alkoholisõltuvuse olemasolu, vajadusel suunata patsient spetsialiseeritud raviasutusse (Tähepõld jt 2012).

NICA (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) andmetel võib olla lühinõustamist kahte peamist tüüpi: struktureeritud ja laiendatud lühinõustamine. Esimene sisaldab endas lühikest vestlust patsiendi ja nõustaja vahel ja tugineb visuaalsetele abivahenditele (sh patsiendi alkoholitarvitamise võrdlemine rahvastiku alkoholitarbimisega), praktilise nõu andmine alkoholi tarvitamise vähendamise osas ning infomaterjalide jagamine. Teist kirjeldatakse kui motiveeriva intervjuerimise elemente sisaldav nõustamine, mis aitab inimesel muuta oma käitumist (*National Institute...2010*).

2.4.3 Lühinõustamise tulemuslikkus

Lühinõustamise tulemuslikkust on viimase kahekümne aasta jooksul tõestatud paljudes uuringutes, sh metaanalüüsides ja süstemaatilistes kirjanduse ülevaadetes (Kaner jt 2007; O'Donnell jt 2014). Whitlock jt (2004) nimetab alkoholi tarvitamise skriinimist ja lühinõustamist efektiivseteks meetmeteks tarvitatava alkoholi koguse vähendamiseks esmatasandi tervishoiuasutustesse pöörduvate patsientide seas. On leitud, et lühinõustamise tulemuslikkus on parem meeste (Kaner jt 2007) ning noorukite ja noorte täiskasvanute seas (Taner-Smith jt 2014).

Järgnevalt on välja toodud uuringud, milles on kirjeldatud

- a) arstide (Babor jt 2006, Tomson 1997) või õdede poolt teostatud lühinõustamise tulemuslikkust (Lock jt 2006, Wutzke jt 2002, Israel jt 1996, Purshouse jt 2012; Watson jt 2013),
- b) erinevaid nõustamistaktikaid (McIntosh jt. 1997, Kaner jt 2013, Watson jt 2013) ja
- c) võrreldud õdede ja arstide lühinõustamise tulemuslikkust (Ockene jt 1999, Watson jt 2013).

Kirjanduse andmetel on enam teada just arstide poolse struktureeritud lühinõustamine tulemuslikkuse kohta (Senft 1997; Fleming 1999; Curry 2003, Ballesteros 2004, Kaner jt 2007, Tanner-Smith jt 2014, Alvarez-Bueno jt 2015). Enamikes neist uuringutest osutus lühinõustamine efektiivseks. Võrreldes õdede ja arstide poolt nõustatud patsientide näitajaid saab välja tuua Babor jt (2006) uuringu, kus kasutati nii struktureeritud kui laiendatud lühinõustamist ning leiti, et nii õdede kui ka arstide nõustatud patsientide hulgas olid 12 kuu möödudes nädalas tarvitatud alkoholikogused oluliselt vähenenud. Tomson (1997) uuringus nõustasid õed ühes uuritavate rühmas 12 kuu jooksul 100 patsienti eluviisiga, sh ka alkoholitarvitamisega seotud teemadel enamjaolt kolm korda. Teises uuritavate rühmas nõustasid arstid patsiente ühekordselt. Alkoholi tarvitamisega seotud harjumusi saadi teada patsiendi enda poolt märgitud alkoholikoguse tarbimise järgi (*self-report*) ja CAGE küsimustiku abil. Aasta möödudes vähenes oluliselt mõlemas uuringurühmas patsientide enda poolt märgitud alkoholi tarbimine. Seega näitasid mõlemad uuringud, et nii õdede kui ka arstide poolne nõustamine osutus tulemuslikuks. McIntosh jt. (1997) järelendas läbiviidud uurimuses, et nii arstide kui õdede poolt läbi viidud 30-minutilise lühinõustamise tulemused 12 kuu möödudes olid sarnased võrreldes 5-minutilise nõustamisega (suurima muutusena täheldati vähenemist viie või rohkema alkoholiannuse tarbimist päevas naiste seas 12 kuu möödudes). Samuti leiti, et nõustamise tulemused olid sarnased nii arstidel kui õdedel. Nõustamise pikkused ja tulemused ei erinenud ka Kaner jt. (2013) töös, kelle läbiviidud uuringus osales nii arstide kui õdede poolt AUDIT testiga skriinitud patsiendid 34 perearstikeskusest. Uuritavad olid jaotatud kolme uuringurühma: esimese rühma uuritavatele jagati infovoldik, teise rühma uuritavatega viidi läbi viieminutiline struktureeritud nõustamine ning kolmandas rühmas teostati 20-minutiline elustiili nõustamine. Korduvskriining teostati 6 ja 12 kuu möödudes. Olulisema tulemusena tuuakse uuringus välja keskmise AUDIT skoori puhul statistiliselt olulise muutuse puudumine võrreldes nõustamise tüüpe ja ajaperioode, mille alusel saab järeldada, et lühinõustamine võib osutada kuluefektiivseks ja tulemusi andvaks. Ockene jt (1999) uuris 530 esmatasandi tervishoiuasutusse pöördunud alkoholi liigtarvitavat patsienti. Uuringus osalesid nii arstid kui õed. Patsientidega, kellel tuvastati kõrge riskiga alkoholi tarvitamine, viidi läbi 5-10 minutiline nõustamine. Kuue kuu möödudes teostati uus hindamine, mille tulemusena selgus, et lühinõustamine vähendas tunduvalt tarvitavat alkoholi kogust. Uuringu puuduseks on aga see, et seal ei võrreldud eraldi arstide ja õdede poolse nõustamise efektiivsust.

Õdede poolset lühinõustamise (kestusega kuni 15 minutit) tulemuslikkust perearstikeskuses on vähe uuritud, enamikes uurimustes varieeruvad nõustamise pikkused ning suurem osa neist olid

tehtud üle 10 aasta tagasi (Lock jt 2006, Wutzke jt 2002, Israel jt 1996). Mõned autorid (Purshouse jt 2012; Watson jt 2013) nimetavad õdede tööd lühinõustamise puhul arstide omast oletuslikult efektiivseks ja kuluefektiivsemaks meetmeks alkoholi kuritarvitamise ennetamisel. Lock jt (2006) uurimuses leiti, et õdede poolt läbi viidud lühiajaline nõustamine (5-15 min) ei omanud paremat tulemust võrreldes lihtsalt nõu andmisega 6 ja 12 kuu möödudes alates alkoholitarvitamise skriinimisest. Uuringu piiranguteks oli vähene patsientide arv (n=127), mille tõttu ei olnud see uuring statistiliselt piisavalt võimas. Samuti toovad autorid välja õdede vähese kaasatuse, mida võisid mõjutada ümberkorraldused esmatasandi tervishoius, ajapiirang ja teistes uurimustes osalemine. Wutzke jt (2002) uurimuses said patsiendid (n=544) õdede käest 5-60 minutilisi nõustamisi. 9 kuu möödudes teostati kontrollküsitlus, kus selgus, et patsientidel, kes said nõustamist, vähenes keskmine nädalane alkoholi tarbimise kogus 54.6 g võrra. Israel jt (1996) uuringus hinnati nõustamise tulemuslikkust 12 kuu möödudes, milles selgus, et lühinõustamist saanud patsientidel vähenes aasta jooksul tarvitatava alkoholi hulk 46% ning kolmetunnise nõustamise läbinud patsientidel 70 %.

Uuemast uuringust toon välja Watson jt (2013), kus selgus, et astmeline, mitme nõustamisega läbiviidav alkoholinõustamine \geq 55 aasta vanuste inimeste seas, kellel esines ohustav alkoholi tarbimine ei oma tulemuslike eeliseid võrreldes 5-minutilise lühinõustamisega ning on kuluefektiivsem. 2015 aasta pilootuuringus (Watson jt. 2015) teostasid töötervishoiu õed uuringugrupi patsientidele keskmiselt 26 minutit kestva nõustamise ning küsitlesid korduvalt 57 inimest. AUDIT skoori keskmisi võrreldi 6 kuu möödudes kahe grupi vahel (uuringugrupp ja kontrollgrupp), millest leiti AUDIT skoori langus ajas ($p=0,004$) kuid mitte gruppide vahel ($p=0,702$).

Nende uurimuste põhjal saab järeldada, et laiendatud nõustamine on osutunud tulemuslikuks, kuid lühinõustamise tulemuslikkuse kohta on uuringute tulemused vasturääkivad. Lock jt (2006) uurimuses väidetakse, et nõustamine ei andnud tulemust ning uuringu kavandis oli olulisi puudujääke; Wutzke jt (2002) uurimuses järgnes lühinõustamisele ka pikem nõustamisseanss; Israel jt (1996) patsientide tulemused olid paremad pikema nõustamise puhul; McIntosh (1997) tööst selgus, et 30-minutiline nõustamine on tulemusi andev kuid ebapiisava informatsiooni tõttu ei saa selle uuringu põhjal teha paikapanevaid järeldusi. Pole üheselt teda, kas õdede poolne lühinõustamine (mis sisaldab lisaks tagasiside andmisele lühinõustamist ja abimaterjalide jagamist) omab mõju alkoholi tarvitamise vähenemisele, sest neljas tulemuslikus uuringus järgnes lühinõustamisele ka pikem nõustamisseanss. Watson (2013) uuringus vaadeldi üldise AUDIT skoori muutust kirjeldamata eraldi muutusi alkoholi koguste ja sageduse osas mille tõttu

ei ole võimalik saada täielikku ülevaadet nõustamise erinevate tulemusnäitajate kohta. Uuring, kus osalesid nii arstid kui õed koos, näitas positiivset mõju alkoholi tarbimise vähendamisele, kuid jääb teadmatuks õdede osakaal positiivse efekti saavutamisel.

2.4.4 Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja patsientide lühinõustamise võimalused Eesti perearstiabi süsteemis

Eestis uuriti perearsti poole pöörduvate patsientide alkoholitarvitamist esmakordselt aastatel 2003-2005 toimunud PREDICT uuringu raames (Maaroos jt 2010), kus ligikaudu kümnendikul patsientidest leiti tervistkahjustavat alkoholi tarvitamist. Järjekindlamalt hakati alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamisega Eesti perearstisüsteemis tegelema mõni aasta hiljem. 2010. aastal alustati Tervise Arengu Instituudi eestvedamisel juhendmaterjalide koostamisega ja projektiga, mille käigus hinnati alkoholi liigtarvitamise varase avastamise ja nõustamise meetodika sobivust Eesti perearstisüsteemis rakendamiseks, tervishoiutöötajate koolitamise vajalikkust ning koostatud tervishoiutöötajatele ja patsientidele koostatud materjalide sobivust (Saame jt 2011). Sama projekti raames uuriti ka patsientide suhtumist alkoholi tarvitamisest rääkimise kohta (Kriipsalu jt 2015). Tulemustest selgus, et kasutatav meetodika on Eesti perearstisüsteemi jaoks sobiv ning ka patsientidele vastuvõetav (Saame jt 2011, Kriipsalu jt 2015), kuid nõustamisoskuste suurendamiseks on vajalik perearstide ja -õdede koolitus ning alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja lühiajalise nõustamise efektiivsuse hindamine perearstisüsteemis vajab edaspidi veel lisauurimist (Saame jt 2011).

Perearstidele ja pereõdedele koostatud juhendmaterjalis (Tähepõld jt 2012) soovitatakse hinnata alkoholi tarvitamist eeskätt järgmistel isikutel: aktiivselt tervisekontrolli pöörduvad inimesed; inimesed, kelle esinevad vaevused, kelle uuringud või sümptomid võivad osutada alkoholi tarvitamisele; kui patsiendil on murelikkus alkoholi tarvitamisest tingitud tagajärgede pärast; patsiendid, kellel esinevad teatud tervisega seotud seisundid (nt. arteriaalne hüpertensioon, depressioon, traumatism). Nagu eespool nimetatud, on alkoholi tarvitamine paljude haiguste riskiteguriks. Seetõttu on patsiendi alkoholitarvitamise väljaselgitamine ning vajadusel patsiendi nõustamine perearsti ja -õe igapäevatöös oluliseks valdkonnaks. Tähepõld jt (2012) nimetavad perearstitöö osaks patsiendi terviseriskide avastamist ja nende mõjutamist soodsamas suunas. Pereõde on võtmeisik tervise edendamisel, haiguste ennetamisel, haigusega toimetuleku ja taastumist toetava abi osutamisel (ICN 2002). Õdede töö organiseerimine omab esmatasandi töö organiseerimisel olulist rolli; mitmed riigid kaasavad paralleelselt arstide tööle õenduspersonali (Masseria jt 2009). Kuna õed on kontaktis patsientidega, kellel on risk teatud haiguste ja

tervisehädade tekkimiseks, sobivad nad väga hästi väikeste, kuid kõrgetulemuslikke sekkumiste läbiviimiseks, et julgustada patsiente ohutult alkoholi tarbima (Mdege jt 2013).

Viimastel aastatel on Eestis suund pereõdede töö iseseisvumisse. Näiteks 2011. aastal võttis Tartumaal iseseisvalt vastu 89 pereõde ning nende hulgas läbi viidud uuringu tulemustest selgus, et enamik olid rahul, et said iseseisvalt vastu võtta. Pereõed leidsid, et iseseisev vastuvõtt annab võimaluse tegeleda pädevusele vastavate ülesannetega ja soodustab pereõe ametialast arengut. (Gering 2012). 2012. a läbiviidud uuringus, mis kirjeldas elanikkonna hinnanguid, oli 74% vastanutest rahul oma pereõe tööga ning see näitaja on aasta-aastalt muutunud paremaks. Oma eluviise on muutnud enam need patsiendid, kes on puutunud kokku ka enam tervishoiuteenusega, sealhulgas pereõe teenusega (Elanike hinnangud tervisele...2013).

Tervise Arengu Instituudi andmetel oli pereõdedena registreeritud 2013. aastal 1032 õde ning 2014. aastal 1072 õde. Pereõdede hulga kasvule on tõenäoliselt aidanud kaasa võimalus võtta tööle teine õde. Seega on rohkem võimalust ja aega pühendada patsiendile ja sealhulgas ka patsientide nõustamisele. Pereõe töö mahu ja tööülesannete suurenemisest, seeläbi õe töö tähtsustamisest annab märku ka retsepti väljakirjutamise õiguse andmine (Ravimite väljakirjutamine...). Kuigi Perearsti tööjuhendi (2001) järgi nimetatakse pereõeks koos perearstiga töötavat erialakoolitust saanud õde või ämmaemandat, kes on läbinud pereõeks spetsialiseerumise täiendkoolituse, pean antud töös pereõe mõiste all silmas ka õdesid ja ämmaemandaid, kes ei ole saanud vastavat täiendkoolitust, kuid töötavad pereõdedena.

3 METODOLOOGILISTE LÄHTEKOHTADE KIRJELDUS

3.1 Uurimistöö metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö on osa Tartu Ülikooli sisekliiniku projektist „Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena“ (ALTOKROON). Uuringu kavandi kiitis heaks Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee (protokoll nr. 223/T-16, 25.02.2013). Antud magistritöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav prospektiivne uuring.

Kvantitatiivset uurimust seostatakse positivistliku paradigmaga. Selle aluseks on teaduslik lähenemine, mis eeldab, et on olemas kindel reaalsus, mida saab teaduslikult uurida. (Polit & Beck 2008.). Seda kinnitab ka Doordan (1998), lisades, et paradigma arenes välja 19. sajandi alguses positivismi filosoofilisest positsioonist, mis selgitas, et vaadeldavad nähtused või küsimused võivad olla objektiivselt mõõdetavad ja arendatavad sõltumata ajaloolisest, sotsiaalsest ja kultuurilisest kontekstist. Polit ja Becki (2008) arvates ei ole nähtuse olemus juhuslik, vaid eeldab pigem nähtusele eelnevate põhjuste olemasolu. Posivistlikult lähenedes kasutatakse uurimistöös korrapäraseid, süstematiseeritud protseduure, liikudes etapiviisiliselt edasi ja omades seetõttu kontrolli uurimiskeskkonna üle.

Antud magistritöös läbiviidava uuringu teostamiseks kasutati kvantitatiivset uurimisviisi eeskätt põhjusel, et uuritava nähtuse hindamiseks oli olemas sobiv mõõdik, mis võimaldas uurida suurt hulka patsiente ja mis tagas andmete võrreldavuse kordusuuringus. Kvantitatiivse uurimismeetodi kasutajad koguvad uurimiskeskkonnast empiirilist e meeltega tajutavat teavet ja väljendavad seda kvantitatiivsel viisil mõõtes nähtusi numbriliste väärtustega mõõdikute abil ning analüüsides andmeid statistiliste meetoditega (Polit & Beck 2008). Ka varasemalt on tehtud sarnaseid uuringuid kasutades kvantitatiivset metoodikat (Lock jt 2006; McIntosh 1997). Kvantitatiivset metoodikat kasutatakse mõõdetavate muutujate omavahelise suhte kindlakstegemiseks. Kvantitatiivse uurimuse lähenemisviis on deduktiivne; see on mõeldud hüpoteeside testimiseks ja kindal nähtuse uurimiseks. Kvantitatiivse uurimustöö üheks tunnuseks on andmete esitamine numbrilisel kujul ning analüüsimisel statistilise instrumendi kasutamine (Chan 2010). Analüüsi tulemusena saadud näitajate alusel saab leida lahenduse tekkinud probleemidele (Barash jt 2006). Andmete kogumiseks kasutatud ankeetküsimustikke peab Chan (2010) laialdaselt kasutatavaks meetodiks suure inimrühma küsitlemiseks. Küsimustikud on struktureeritud isetäidetavad uuringulehed (Chan 2010), mida saab täita kindlas kohas, näiteks haiglas (Polit & Hungler 1995.). Küsimustikus olevad küsimused võivad olla kahte liiki: avatud ja suletud lõpuga. Suletud lõpu küsimustikega saadud andmed on mõõdetavad, klassifitseeritud

ja kategoriseeritud. Suletud lõpuga küsimustikke kasutatakse enamjaolt kvantitatiivsetes uurimustes (Thom 2007).

Läbiviidud uurimus on oma olemuselt prospektiivne (*prospective study*) uuring ja selle uuringutüübi puhul jälgitakse uuringugruppe teatud ajaperioodi jooksul ning võrreldakse neid ühe või mitme muutuja alusel. Prospektiivne uuring on tavaliselt pikaajaline uuring (*longitudinal study*), milles üht või mitut inimeste gruppi uuritakse erinevatel ajaperioodidel ja hinnatakse tunnuste väärtuste muutumist ajas (Powers & Knapp 2005).

3.2 Uuritavate ja uurijate kirjeldus

Töös kasutatud andmed koguti kuuest Eesti perearstikeskusest 2013.-2015. aastal. Uuringu valim oli käepärane.

Uuringukavandi järgi oli uuritavate ja uurijate valikul jälgitud järgmisi kriteeriume:

- 1) uuritavad olid nii eesti kui vene keelt kõnelevad täiskasvanud patsiendid (alates 18. eluaastast), kes nõustusid uuringus osalema ja kes olid võimelised küsimustikku täitma;
- 2) uuritavad kaasati uuringusse järjestikku, sõltumata sellest, kas nad olid eelmisel aastal alkoholi tarbinud või mitte;
- 3) uurijate (perearstikeskuse) nõusolek uuringus osalemiseks;
- 4) uurijad pidid olema läbinud nõustamiskoolituse (näiteks motiveeriva intervjuerimise koolitus).

Esialgselt oli valimi suuruseks planeeritud 1000 patsienti. Uuringu eesmärgi kohaselt plaaniti hinnata nõustamise tulemuslikkust ning selgitada regressioonanalüüsi abil nõustamise tulemuslikkust mõjutavaid tegureid. Et hinnata regressioonanalüüsi abil vähemalt kaheksa teguri mõju, peaks nõustamise läbinud ja teistkordselt hinnatud uuritavate arv olema 108 või enam (<http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=1>). Eelnevas Eestis läbiviidud prooviuuringus (Saame jt 2011) selgus, et 23% uuritavatest oli AUDIT skoor ≥ 8 . Lähtuvalt prooviuuringu andmetest, võiks 1000 inimesest ligikaudu 230 vajada lühinõustamist ja korduvat skriinimist. Kuid arvesse tuleb võtta, et prooviuuringusse kaasati 18-64 aasta vanused isikud, kes olid uuringule eelneva aasta jooksul alkoholi tarvitanud. Käesolevas uuringus selliseid piiranguid ei seatud, uuringusse kaasamise kriteeriumideks oli patsiendi vanus vähemal 18 aastat ja nõusolek uuringus osalemiseks. Eesti elanikkonnast moodustavad üle 65-aastased inimesed ligikaudu viiendiku (2015. aastal 19%) (Eesti statistika andmebaas). Käesoleval ajal puuduvad andmed, kui suur on Eestis alkoholi liigtarvitajate hulk 65-aastaste ja vanemate inimeste hulgas,

kuid ühe Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringu kohaselt (Kirchner jt 2007) oli selles vanuserühmas perearsti poole pöördunud patsientide hulgas alkoholi liigtarvitajaid ligikaudu 9%. Eeldades, et Eesti vanemaealiste patsientide hulgas on alkoholi liigtarvitajate osakaal enam-vähem sarnane, võiks 1000 patsiendi hulgas olla alkoholi liigtarvitajaid olla 202. Maaroos jt (2010) uuringust selgus, et 12,5% perearsti poole pöördunudest olid karsklased ja seda tulemust arvesse võttes oleks prognoositav alkoholi liigtarvitajate hulk 177. Samuti peab arvestama, et kõik uuritavad ei osale nõustamisjärgses hindamises ning mida pikem aeg, seda väiksem võib olla kordushindamises osalenute osakaal (Cunningham jt 2012). Seega võib eeldada, et ühe aasta pärast võiks teistkordselt hinnatud uuritavate osakaal olla ligikaudu 70% ehk mitte enam kui 124 isikut. Käesolevas uuringus osalenud kuuest perearstikeskusest uuriti planeeritud arv patsiente viies, üks perearstikeskus loobus uuringus osalemast, kui uuritud oli ligikaudu kolmandik planeeritud patsientidest. Seega lõplik uuringuvalim moodustus 840. patsiendist. Patsientide jaotus piirkonniti oli järgmine: 259 Tallinnast, 250 Harjumaalt, 150 Tartust ja Tartumaalt ning 100 Viljandist, lisaks 82 patsienti Põlvamaalt.

Kõigis uuringus osalenud perearstikeskustes oli lühinõustamise metoodika sarnane (testi tagasisidestamine, nõustamine kasutades MI metoodikat ja infomaterjalide kätteandmine). Nõustatavad patsiendid on soovinud saada lühinõu kestusega 5-15 minutit ning vaid ühes keskuses kasutati pikemat lühinõustamist (kestusega 20 minutit). Selle tõttu kirjeldatakse antud magistritöös 5-15 minutit kestva lühinõustamisega saadud tulemusi.

3.3 Andmete kogumise ja analüüsimise protsessi kirjeldus

Igale perearstikeskust külastavale patsiendile pakuti võimalust osaleda uuringus ja anti uuringu sisu tutvustav kirjalik tekst. Patsiendid, kes olid nõus uuringus osalema, allkirjastavad kahes eksemplaris uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vormi, milles on ära märgitud, et saadud andmeid hoitakse salajas. Üks eksemplar jäi nõustajale ja teine uuringus osalejale. Kui patsient nõustus osalema, küsitleti ja nõustati teda kas õe või arsti poolt kabinetis, kus ei ole teisi kõrvalviibijaid. Patsiendile anti täitmiseks AUDIT, mille küsimustele paluti vastata järgemööda. Andmetes, mida sai kasutamiseks ja töötlemiseks antud töö autor oma magistritöös, on patsientide nimede asemel koodid. Saadud andmed esitatakse magistritöös üldistatud kujul. Teistkordsel skriinimisel selgus, et ühes perearstikeskuses ei saadud teha korduvnõustamist ning selle tõttu langesid sealsed patsiendid uuringust välja.

Nõustamise metoodika täpsustamiseks on magistritöö autor võtnud ühendust teiste projektis osalenud perearstikeskustega (kokku kuus, välja arvatud perearstikeskus, kus töö autor ise

töötajad), kelle käest oli vajalik saada teada andmeid kasutatud metoodika kohta. Kõik küsitlejad saatsid küsitletavad andmed magistritöö autorile meili teel. Olemasolevate andmete põhjal selgus, et kõik uuritavad said lühinõustamist, mis kestis 5-10 minutit. Nõustamise läbiviimisel kasutati motiveeriva intervjuu elemente. Seega kirjeldatakse antud töös ainult lühinõustamise tulemusi.

Andmete analüüs algas töö autori poolt olevas perearstikeskuses oma andmete sisestamisega Excel programmi. Ülejäänud andmed sisestasid teised projekti liikmed ning saatsid uurimistöö autorile. Andmed sisestati numeroloogilises järjekorras (igale perearstikeskusele vastas kindel teatud arvuline number). Andmed sisestati kaks korda – esmakordselt esimese nõustamise järgselt ning teistkordselt aasta hiljem. Selleks selekteeriti välja korduvuuringus osalenud patsiendid ning koostati saadud andmete põhjal eraldi andmebaas. Sisestatud andmete õigsust kontrollis töö autor vaatluse ning statistiliste meetodite abil (keskmiste arvutamine, patsientide arvu määramine). Andmete analüüsimiseks kasutati tarkvarapaketti SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 23.0. Statistilistest meetoditest kasutati kirjeldavat statistikat sagedusjaotused ja keskväärtuste (aritmeetiline keskmine, standartviga, standardhälve) leidmiseks ning kahe normaaljaotusega valimi võrdlemiseks võrdlevat statistikat (paaris T-test(*t-test*)). T-testi kasutatakse juhul, kui tahetakse võrrelda omavahel kokkusobivaid paarismõõtmise tulemusena saadud arvulisi tulemusi (valimi keskmisi näitajaid) (Verkevisser jt 2003) ning kui valimi maht ei ole väga suur (alla saja vaatluse) (Tiit ja Möls 1997.). Erinevusi otsiti kahe uuritavate rühma (arstide ja õdede poolt nõustatud) patsientide vahel ning kahe uuringuaasta vahel järgmiste näitajate alusel: AUDIT testi lõplik skoor, riskitasemete muutused, episoodiline alkoholi tarbimine, AUDIT alaskoorid. Statistilise olulisuse nivoo aluseks võetud väärtus oli $p < 0,05$. Kirjeldati ka nende patsientide andmeid, kes loobusid korduvnõustamisest. Andmete analüüsimiseks kasutati ANOVA (*Analysis of variance*) testi, millega saab hinnata valimi keskmiste väärtuste erinevuse olulisust (Powers & Knapp 2005). Saadud tulemused esitati absoluutarvude ja protsentidena.

3.4 Interventsioon ja selle tulemuslikkust kirjeldavad näitajad

AUDIT testiga on alkoholitarvitamise hindamiseks mitu võimalust. Näitena varasematest uurimustest (Lock jt 2006, Babor jt 2006) on lühinõustamise efektiivsust uuritud järgmiselt: esimene kord anti patsientidele täita AUDIT küsimustik ning tulemuste kohta anti patsientidele tagasisidet. Vajadusel viidi läbi nõustamine. Patsiente, kelle AUDIT skoor oli ≥ 8 , paluti 6 või 12 kuu möödudes test uuesti täita ning selle tulemuste järgi hinnati nõustamise efektiivsust.

Nõustamise efektiivsuse näitajad vaadati nädalase alkoholikoguse vähenemise järgi ja üldise punktiskoori muutumise järgi.

Antud uuringus tagasisidestati AUDIT test ning vastavalt saadud punktiskoorile viid läbi edasine vestlus patsiendiga lähtudes TAI juhendmaterjalidest. Vastavalt sellele hinnati tulemusi AUDIT skoori riskitasemete, episoodilise ohustava alkoholi tarbimise sageduse muutumist ja kogu AUDIT skoori muutusi kahe uuringugrupi ja aasta vahel ning AUDIT alaskooride muutusi uuringuaastate jooksul.

3.5 Töö usaldusväärsuse tagamine

Magistritöö usaldusväärsuse tagamisel lähtuti valitud mõõdiku reliaablusest ja valiidsusest, kokkulepitud tähtaegadest ja eetikaprintsiipidest kinnipidamisest.

Üle Eesti parema ülevaate tagamiseks kaasati uuringusse perearstikeskusi erinevatest Eesti maakondadest. Uuringusse kaasatud perearstikeskustelt küsiti nõusolekut uuringus osalemiseks kas suuliselt või meili teel. Igas uuringus osalenud perearstikeskuses skriinis patsiente kas arst või õde, mõnes mõlemad korraga. Vajalikuks eelduseks uuringus osalenud tervishoiutöötajatele oli nõustamiskoolituse läbimine. Enne uuringu algust selgitati neile ka küsitlemise ja nõustamise meetoodika ning andmete säilitamise põhimõte. Uuringu läbiviimiseks küsiti luba TÜ Inimuuringute Komiteelt (Lisa 2). Patsiendid, kes soovisid uuringus osaleda, allkirjastasid kahes eksemplaris kirjaliku nõusoleku (Lisa 3). Patsientide kohta saadud andmed olid teada ainult uuringus osalejatele.

Magistritöös on madala ja kõrge riskiga alkoholitarvitamise eristamiseks kasutatud *cut-off* skoori ≥ 8 . *Cut-off score* on skoor, mis võimaldab leida tõelisi juhtumeid (Polit ja Beck 2008). Antud *cut-off* skoori on uuritud mõningates uuringutes ning tehtud positiivsed järeldused: Tsai jt (2005) leidsid *Cut-off point* ≥ 8 ohtliku tarbimise juures olevat kõrgema sensitiivsuse ja positiivse ennustava väärtusega ning peavad seda optimaalseks *cut-off* skooriks (Tsai 2005). Conigrave jt (1995) andmetel *cut-off score* ≥ 8 oli juures oli leitud 93,6% tõenäosusega ohustava alkoholitarbimise tuvastamise võimalus kui ohustav alkoholi tarbimine oli defineeritud kui nädalane keskmine doos meestel 40 g ja naistel 20 g. Samad autorid leiavad, et madalam *cut-off* skoor tõstab testi sensitiivsust kuid alandab spetsiifilisust. Nad lisavad, et madalama *cut-off* skoori kasutusega võib saada rohkem valepositiivseid vastuseid. Conigrave jt (1995) uuris 3030 ambulatoorset patsienti ning tulemuste põhjal järeldas, et AUDIT *cut-off* skoor ≥ 8 on ligilähedane optimaalsele punktiskoorile (Conigrave jt 1995; Coulton jt 2006) erinevate

tulemusnäitajate, näiteks traumade ja hüpertensiooni ennustajana ning võimaldab tuvastada ohustavat ja kahjustvat alkoholitarbimist. Uuematest uuringutest võib nimetada Vitesnikova jt. (2014) tööd, kus leiti, et ohustava alkoholitarmitamise korral näitab *cut –off* skoori ≥ 8 88% ohustavalt alkoholi tarbivate inimeste puhu Eelkirjeldatust järeldab magistritöö autor, et AUDIT test on valiidne, sest eelnevalt kirjeldatud uurimused näitasid mõõdiku võimet tuvastada liigset alkoholi tarbimist (Kaner jt 2009) ja sellega seotud seisundeid ning reliaabel, kuna uuringute põhjal on leitud, et optimaalne punktiskoor ≥ 8 on sobilik lävend liigse alkoholitarmimise skriinimiseks (Conigrave jt 1995; Coulton jt 2006). AUDIT reliaabluse hindamiseks arvutati välja Cronbach alfa, mis võrdus 0,82.

4 Tulemused

4.1 Uuritavate taustaandmed

Uuringus osales kokku 840 patsienti kuuest Eesti perearstikeskusest. Uuringus osalenutest olid 61,5% naised (n=517) ja 38,5% mehed (n=323), 16,8% (n=141) olid vanemad kui 64 aastat. Uuritavate keskmine vanus (\pm SD) oli $47,8 \pm 16,5$ aastat, noorim uuritav oli 18- ja vanim 92-aastane. Enamik uuritavaid olid meeste seas vanuserühmas 35-44 (68) ja naiste seas 45-54 (113). Ligikaudu pooled uuritavatest elasid suuremates linnades või maakonnakeskustes, enam kui kaks kolmandikku küsitletutest töötasid ja kaks kolmandikku olid abielus või vabaabielus. Oma leibkonna sissetulekut hindasid Eesti keskmisega ligikaudu võrdseks natuke enam kui pooled uuritavatest. Üks neljandik uuritavatest suitsetasid, suitsetajate osakaal oli oluliselt kõrgem ($p < 0,05$) meeste hulgas. Uuritavate tervisekaartide andmetel esines 63% vähemalt üks krooniline haigus, sh maksa alkoholtõbi oli seitsmel patsiendil ehk 0,8% kõigist uuritavatest (viiel mehel ja kahel naisel) ning alkoholist põhjustatud pankreatiiti oli diagnoositud kolmel meespatsiendil ehk 0,4% uuritavatest. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 2.

Tabel 2. Uuritavate taustatunnused, n (%).

	Mehed, n (%)	Naised, n (%)	Kokku, n (%)
Vanusrühm **			
18–24	27 (8,4)	54 (10,4)	81 (9,6)
25–34	57(17,6)	84(16,2)	141(16,8)
35–44	68(21,1)	64(12,4)	132(15,7)
45–54	52(16,1)	113(21,7)	165(19,5)
55–64	61(18,9)	120(23,2)	181(21,5)
65–74	37(11,5)	61(11,8)	98(11,7)
75 ja vanem	21(6,4)	21(4,3)	42(5,2)
Elukoht ¹			
Suur linn/ maakonnakeskus	157(48,6)	241(47,0)	398(47,6)
Väikelinn	97(30,0)	186(36,0)	283(33,7)
Maal	69(21,4)	87(17,0)	156(18,7)
Haridus ² *			
Alg- või põhiharidus	44(13,8)	43 (8,3)	87(10,5)
Kesk- või keskeriharidus	183(57,2)	316 (61,2)	499(59,6)
Kõrgharidus	93(29,0)	157 (30,5)	250(29,9)
Tegevusala ³ **			
Töötab (sh töötav pensionär)	242(75,3)	339(65,5)	581(69,3)
Ei tööta (õpib, pensionil, kodune, töötu)	48(24,7)	178(34,5)	226(30,7)
Perekonnaseis ⁴ **			
Abielus/ vabaabielus	239(74,5)	320(61,8)	559(66,7)
Lahutatud/ elab lahus	20(6,2)	81(15,7)	101(12,1)
Vallaline	49(15,3)	59(11,5)	108(12,9)
Lesk	13(4,0)	57(11,0)	70(8,3)
Leibkonna sissetulek võrreldes Eesti keskmisega ⁵ **			
Alla keskmise	83(26,6)	162(31,9)	245(29,9)
Ligikaudu keskmine	166(55,2)	285(55,9)	451(54,5)
Üle keskmise	67(21,2)	62(12,2)	129(15,6)
Suitsetamine ⁶ *			
Ei ole kunagi suitsetanud	107(32,2)	301(58,3)	408(48,3)
Suitsetab	110(34,4)	98(19,0)	208(24,9)
Endine suitsetaja	107(33,4)	117(22,7)	224(26,8)
Vähemalt ühe kroonilise haiguse esinemine	203 (62,9)	326(63,0)	529 (62,9)

* p<0,05; ** p<0,01 – statistiliselt olulised erinevused mees- ja naispatsientide vahel

Elukoht¹-kolmel patsiendil oli elukoht märkimata

Haridus²-neljal patsiendil oli haridus märkimata

Tegevusala³-kolmel patsiendil jäi tegevusala märkimata

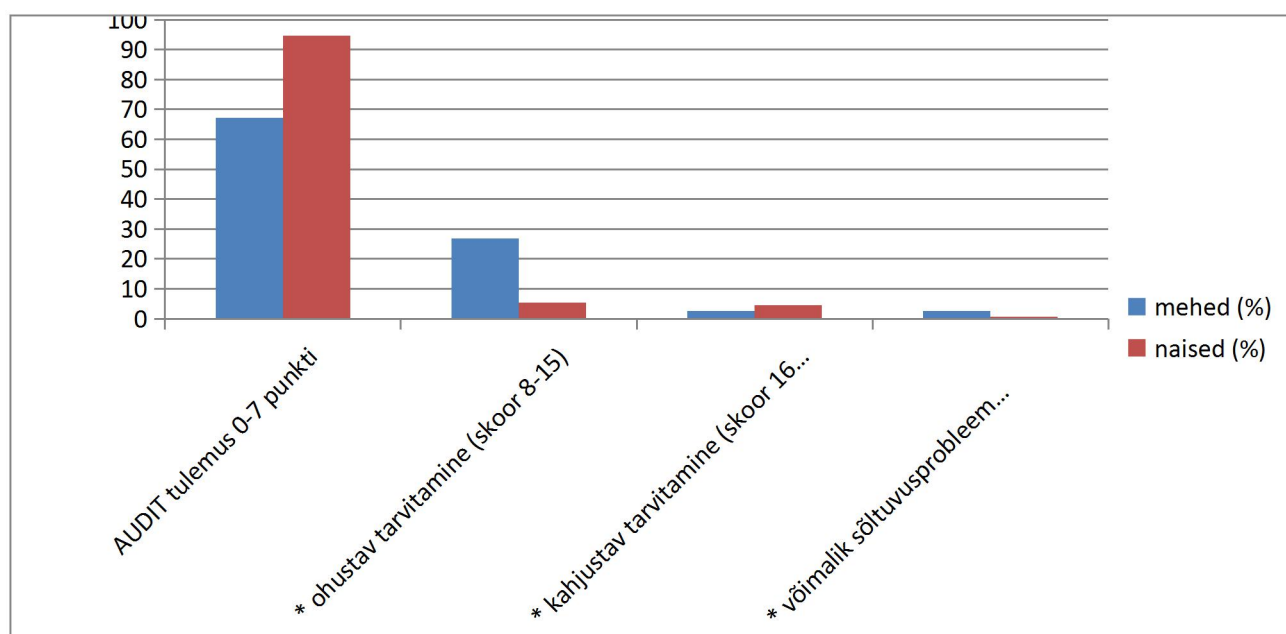
Perekonnaseis⁴- kahel inimesel jäi perekonnaseis märkimata

Leibkonna sissetulek võrreldes Eesti keskmisega⁵-viieteistkümmel inimesel jäi leibkonna sissetulek märkimata

Suitsetamine⁶-kolmel inimesel jäi suitsetamise staatus märkimata

4.2 Uuritavate alkoholitarvitamise harjumused

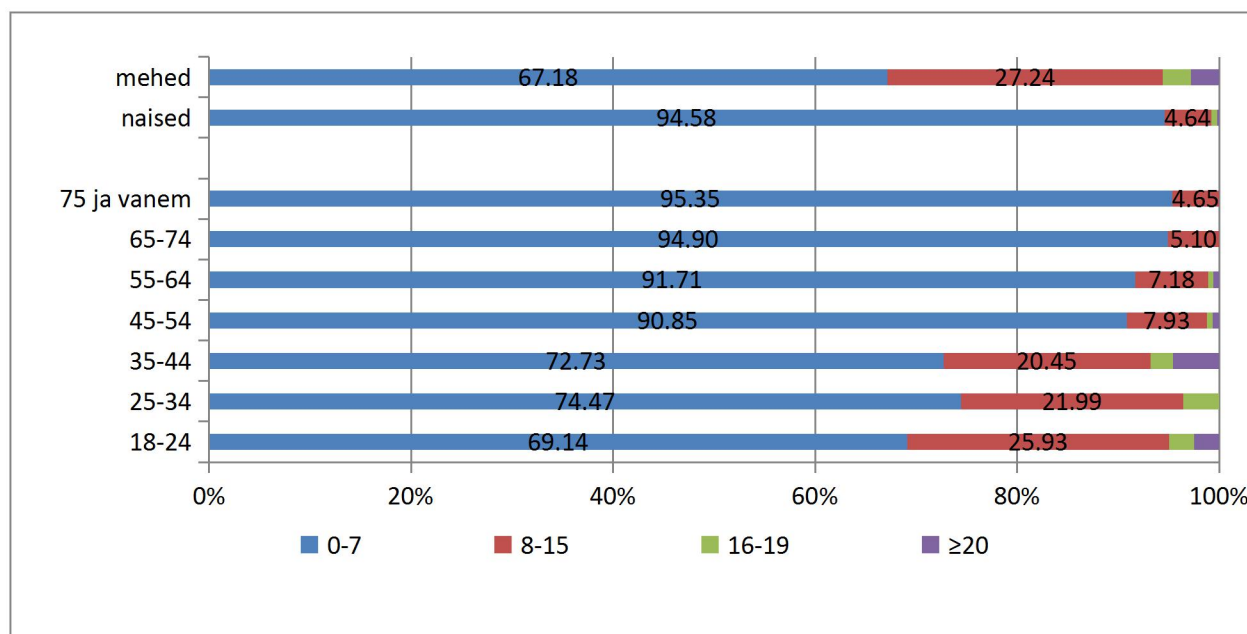
707 (84,2%) uuringus osalenud patsientide AUDITi tulemus oli 0-7 punkti, mis tähendab, et nende alkoholitarvitamine ei kujuta endast olulist riski ning tõenäosus tervisekahjustuse tekkeks on väike. Nende hulgas oli ka 94 isikut (11,2% kõigist uuritavatest), kelle AUDITi skoor oli 0, s.t. isikud, kes ei ole viimase aasta jooksul üldse alkoholi tarvitanud. Tervist kahjustavat alkoholitarvitamist leiti 12 uuritaval (1,4%, AUDITi skoor 16-19) ning võimalik sõltuvusprobleem (AUDITi skoor ≥ 20) 10 uuritaval (1,2%) (Joonis 5). AUDITi tulemused erinesid oluliselt ($p < 0,0001$) nii erinevates vanusrühmades kui ka mees- ja naispatsientide hulgas. Tervist ohustavat või kahjustavat alkoholitarvitamist (AUDITi skoor ≥ 8) esines 32,5% meestest ja 5,4% naistest ning enam kui neljandikul (25-31%) kuni 44-aasta vanuste uuritavate hulgas. Meeste hulgas oli AUDIT skooriga ≥ 8 105 inimest (32,5%) ning naiste hulgas 28 inimest (5,4%). AUDITi tulemused erinesid oluliselt ($p < 0,001$) nii erinevates vanusrühmades kui ka mees- ja naispatsientide hulgas. Ligikaudu kahel kolmandikul uuritavatest (63%) hindasid alkoholitarvitamist õed, ühel kolmandikul arstid. Korduvuuringus osales 133-st uuritavast 93. Teistkordsel visiidil hindasid ligikaudu kahel kolmandikul uuritavatest (63%) alkoholitarvitamist õed ja ühel kolmandikul arstid.



Joonis 5. AUDIT skoorid mees-ja naispatsientide hulgas enne nõusamist (n=840)

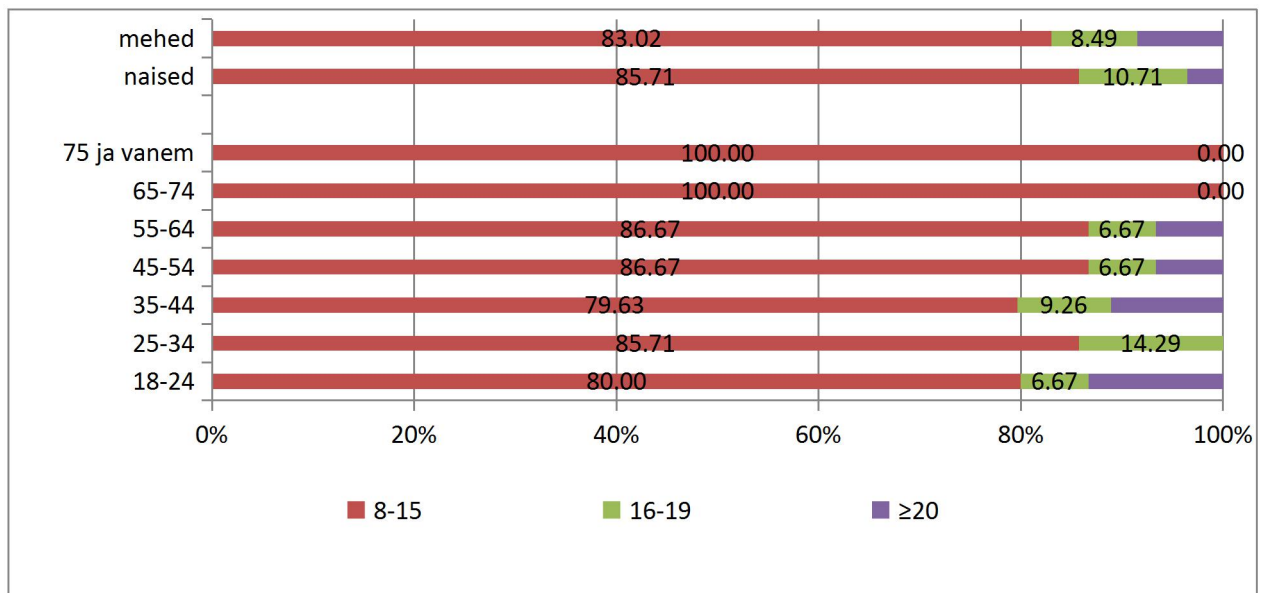
Jooniel 5 on näha, et sõelumise käigus sai enamik patsiente punktiskooriks 0-7. Meeste hulgas oli see näitaja 217 (67,1%) inimest ja naiste hulgas 490 (94,7%) inimest.

Riskitasemete jaotus AUDIT järgi enne nõustamist erinevates vanuserühmades ning meeste (n=323) ja naiste (n=517) puhul. Enamikel meestel esines ohustavat alkoholitarbimist 35-44 vanusegrupis -26 (8,0%) inimesel. 0-7 punkti esines enam 55-64 aastaste vanusegrupis 49 (15,2%) ning kokkuvõtlikult 67,18%-l (Joonis 6). Naispatsientide hulgas esinevat enamat ohustavat alkoholitarbimist (9,1,7%) 18-24 aastaste vanusegrupis. 0-7 punkti oli kõige rohkem 55-64 aastaste vanusegrupis (117,22,6%) ja kokku 94,58% küsiteltutest.



Joonis 6. Riskitasemete jaotus kõigi uuringus osalenud (n=840) patsiendi seas vanuse ja soo järgi

Skooriga ≥ 8 meespatsientide (n=105) ja naispatsientide (n=28) vanusegruppide jaotus riskitasemete järgi. Skooriga ≥ 8 meespatsientide enam esinevat ohustavat alkoholitarbimist 26 (24,5%) 35-44 vanuste grupis ning 23 (21,7%) 25-34 vanuste grupis. Skooriga ≥ 20 vastanute arv oli kokku 9 (8,5%). Sagedasem vastusevariant naiste seas oli 8-15 punkti 17 (60,7%) 35-44 aastaste seas. Ohustava alkoholi tarbimise protsent oli vähene-kokku 3 (10,7%) vastanutest ning ≥ 20 esines vaid ühel küsitletul (1, s.o. 3,6% küsitletutest). Käesolevas uuringus oli ≥ 70 aastastel patsientidel AUDIT skoor ≥ 8 kolmel inimesel. Väikseim neist oli skoor 8 ja suurim skoor 13 punkti. ≥ 65 aastaste hulgas esines ainult skoor 8-15 ning sama skoor oli tugevat ülekaalus teistes vanuserühmades (Joonis 7).



Joonis 7. Riskitasemete jaotused skooriga ≥ 8 eri vanuses mees-ja naissoost patsientide hulgas ($n=133$).

4.3 Nõustamise tulemuslikkus

Uuringu esimeses etapis leiti tervist ohustav või kahjustav alkoholitarvitamine (AUDITi skoor ≥ 8) 133 patsiendil, kes kõik said lühinõustamist. Neist 69 uuritavat (51,9%) nõustasid õed ja 64 (48,1%) arstid.

Kõigist nõustatud patsientidest osalesid jätku-uuringus 93 ehk 69,9%, sealhulgas õdede nõustatud patsientidest 53 ehk 76,8% ja arstide nõustatud patsientidest 40 ehk 62,5%. Erinevus ei ole statistiliselt oluline, $p=0,082$. Jätaku-uuringus osalenud olid võrreldes teistkordsest hindamisest loobunutega oluliselt vanemad ($p<0,01$), nende hulgas oli vähem suitsetajaid ($p<0,05$) ning oluliselt enam neid, kellel oli diagnoositud vähemalt üks krooniline haigus. Muude uuritavate kirjeldavate tegurite osas olulisi erinevusi ei ilmnunud. Jätaku-uuringus osalenute ning mitteosalenute võrdlus on esitatud tabelis 3. 24 jätku-uuringust loobunud patsientidest olid asunud välismaale tööle, vahetanud perearsti või jäänud aasta jooksul ilma ravikindlustusest. 12 uuritavat ei soovinud enam teistkordsel hindamisel osaleda ning neljal juhul ei saadud uuritavaga enam kontakti.

Tabel 3. Jätku-uuringus osalenud ja mitteosalenud patsientide taustaandmete ja riskitegurite võrdlus enne nõustamise läbiviimist

	Jätku-uuringus	
	osalenud (n=93)	mitteosalenud (n=40)
Vanus (%), $p<0,01$		
18–44	63,4	95,0
45–64	29,0	5,0
65 ja vanem	7,5	0
Sugu (%), $p=0,814$		
Mees	80,6	77,5
Naine	19,4	22,5
Alkoholi tarvitamise riskitase AUDIT skoori järgi (%), $p=0,733$		
Ohustav tarvitamine (skoor 8-15)	83,9	82,5
Kahjustav tarvitamine (skoor 16-19)	9,7	7,5
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor ≥ 20)	6,4	10,0
AUDITi skoor nõustamise eelselt (keskmine \pm standardviga SE), $p=0,596$	11,9 \pm 0,4	12,4 \pm 0,7
Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (%), $p=0,137$	68,8	82,5
Suitsetamine (%), $p<0,05$		
Mittesuitsetaja	53,3	32,5
Suitsetaja	46,7	67,5
Vähemalt ühe kroonilise haiguse olemasolu (%), $p<0,05$	66,7	43,6

Aasta hiljem kordusvisiidil mõõdetud tulemustest selgus, et 76 uuritaval (81,7%) olid võrreldes nõustamise eelse hindamisega oluliselt vähenenud kõik alkoholitarvitamist kirjeldavate näitajate väärtused: AUDITi üldskoori ja kõigi alaskooride väärtused, samuti oli nende hulgas oluliselt vähenenud episoodiliselt ohustava alkoholitarvitajate osakaal ($p<0,001$). Uuritavate hulgas, kellel AUDITi üldskoor uuringuperioodi lõpuks ei muutunud ($n=1$) või suurenes ($n=16$), suurenes oluliselt kahjustavat alkoholitarvitamist ja probleeme igapäevaelus kirjeldava alaskoori keskmine väärtus ($p<0,01$) ning mõningal määral ka sõltuvusele viitava alaskoori keskmine väärtus. Tarvitatava alkoholi kogust ja sagedust kirjeldava alaskoori keskmiste väärtuste osas muutusi ei ilmnenud (tabel 4).

Tabel 4. Uuritavate alkoholitarvitamise muutused seoses lühinõustamisega ühe aasta jooksul.
p-väärtus näitab hinnatud tunnuste nõustamise eelse ja järgse väärtuse erinevuse olulisust patsiendirühmades

Hinnatavad tunnused	Vähenenud AUDITi skooriga patsiendid (n=76)		p-väärtus	Suurenenud AUDITi skooriga patsiendid (n=17)		p-väärtus
	Nõustamise			Nõustamise		
	eelselt	järgselt		eelselt	järgselt	
Alkoholi tarvitamise riskitase AUDIT skoori järgi, %			p<0.001			p=0.220
Madal risk (skoor <8)	0	60.5		0	0	
Ohustav tarvitamine (skoor 8-15)	81.6	34.3		94.1	88.2	
Kahjustav tarvitamine (skoor 16-19)	10.5	2.8		5.9	0	
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor ≥20)	7.9	2.8		0	11.8	
Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (%)	68,4	38,2	p<0.001	70,8	58,8	p=0,360
AUDITi skoor (keskmine ± standardviga SE)	12.3±0.5	7.5±0.5	p<0.001	10.4±0.6	13.2±1.4	p=0.065
AUDITi alaskoorid (keskmine ± SE)						
Alkoholitarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1-3 skooride summa)	6,0±0,2	4,5±0,3	p<0.001	5,8±0,3	5,8±0,5	p=1,000
Võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4-6 skooride summa)	1,7±0,2	0,7±0,1	p<0.001	0,9±0,3	1,7±0,6	p=0,274
Kahjustav alkoholitarvitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7-10 skooride summa)	4,6±0,3	2,4±0,3	p<0.001	3,7±0,5	5,7±0,5	p=0,007

Võrreldes alkoholitarvitamise muutusi eraldi õdede ja arstide poolt nõustatud uuritavate hulgas, ilmnesid mõlemas rühmas sarnased muutused. Nii õdede kui ka arstide poolt nõustatud patsientide hulgas oli enam neid, kelle hulgas alkoholitarvitamine vähenes (vastavalt 79,2% ja 85%, erinevus ei ole statistiliselt oluline). Nii õdede kui arstide poolt nõustatud patsientidel, kellel üldine AUDIT skoor vähenes, vähenesid oluliselt ka alaskooride väärtused ning ohustava alkoholitarvitamisega uuritavate osakaal. Võrreldes episoodilise ohustava alkoholitarvitamise muutust õdede ja arstide nõustatud ja alkoholitarvitamise vähendanud uuritavate hulgas, ei ilmnenu nõustamise järgselt olulisi erinevusi. Nõustamise järgseid alkoholitarvitamise muutusi arstide ja õdede nõustatud patsientide hulgas kirjeldavad tabelid 5 ja 6.

Tabel 5. Nõustamise järgsed muutused alkoholi tarvitamises arstide poolt nõustatud inimeste hulgas

Hinnatavad tunnused	Vähenenud AUDIT skooriga patsiendid (n=34)		p-väärtus	Suurenenud AUDIT skooriga patsiendid (n=6)		p-väärtus
	eelselt	järgselt		eelselt	järgselt	
Alkoholi tarvitamise riskitase AUDIT skoori järgi, %			p<0,05			p=0,072
Madal risk (skoor <8)	0	53		0	0	
Ohustav tarvitamine (skoor 8-15)	76	38		100	100	
Kahjustav tarvitamine (skoor 16-19)	12	6		0	0	
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor ≥ 20)	12	3		0	0	
Episoodiline ohustav alkoholitavitamine (%)	82	41	p=0,175	6	6	p=1,00
AUDIT skoor (keskmine± standardviga SE)	12,32±0,8	7,81±0,8	p<0,05	10,33 ±0,8	12,83±1,0	p=0,072
AUDIT alaskoorid (keskmine ± SE)						
Alkoholi tarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1-3 skooride summa)	6,7±0,3	4,8 ±0,4	p<0,05	6,0±0,6	5,7±0,7	p=0,713
Võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4-6 skooride summa)	1,6±0,3	0,8±0,2	p=0,46	0,3±0,2	1,3±0,3	p<0,05
Kahjustav alkoholitavitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7-10 skooride summa)	3,9±0,5	2,3±0,5	p<0,05	4,0±1,1	5,8±0,9	p=0,227

Tabel 6. Uuritavate muutused alkoholi tarbimises õdede poolt nõustatud inimeste hulgas

Hinnatavad tunnused	Vähenenud AUDIT skooriga patsiendid (n=42)			Suurenenud AUDIT skooriga patsiendid (n=11)		
	nõustamise		p- väärtus	nõustamise		p- väärtus
	eelselt	järgselt		eelselt	järgselt	
Alkoholi tarvitamise riskitase			p<0,05			p=0,223
AUDIT skoori järgi, %						
Madal risk (skoor <8)	0	64		0	9	
Ohustav tarvitamine (skoor 8-15)	83	33		91	73	
Kahjustav tarvitamine (skoor 16-19)	12	0		9	0	
Võimalik sõltuvusprobleem (skoor ≥ 20)	5	2,4		0	18	
Episoodiline ohustav alkoholitarvitamine (%)	55	31	p=0,379	64	100	p=0,798
AUDIT skoor (keskmine± standardviga SE)	11,92±0,5	7,05±0,6	p<0,05	10,25±0,8	12,67± 2,0	p=0,223
AUDIT alaskoorid (keskmine ± SE)						
Alkoholi tarvitamise sagedus ja kogus (küsimuste 1-3 skooride summa)	5,3±0,3	4,2±0,3	p<0,05	5,3±0,5	5,6±0,8	p=0,737
Võimaliku sõltuvusprobleemi esinemine (küsimuste 4-6 skooride summa)	1,7±0,2	0,5±0,1	p<0,05	1,3±0,4	1,4±0,9	p=0,9
Kahjustav alkoholitarvitamine ja probleemid igapäevaelus (küsimuste 7-10 skooride summa)	4,9±0,3	2,3±0,3	p<0,05	3,7±0,4	5,7±0,6	p=0,12

5 ARUTELU

5.1 Lühinõustamise palneerimine ja läbiviimise etapid

Magistritöö eesmärk on kirjeldada pereõdede –ja arstide poole pöördunud alkoholi liigtarvitavate patsientidega läbiviidud lühinõustamise efektiivsust aasta möödudes. Uuringu läbiviimist ajendas kõrgeenenud alkoholitarbimine Eesti elanikkonnas (Alkoholi turg ...2014). Alkoholi poliitika rohelises raamatus (2014) märgitakse üksnes teavituskampaaniate, ennetuskampaaniate ja hoiatustekstide mittetõhusust alkoholi tarbimise vähendamisel. Seega töö autor arvab koos individuaalse lähenemise koos edasiste tegevussammude planeerimisega ja infomaterjali jagamise paremaks tulemusi andvaks meetmeks kui suurele inimhulgale suunatud teavitustöö. Toetudes kirjeldatud näitajatele väidab antud töö autor, et nõustamise läbiviimine võib kuuluda õe pädevusse. Selle soosimiseks on 2017 aasta kevadel läbi viidud Tervise Arengu Instituudi poolt eri maakondades koolitus alkoholi varajase avastamise ja lühisekkumise kohta ning ka 25.04.17 kollektiivlepingu sõlmimine, mis määrab õe iseseisva vastuvõtu pikkuseks 30 minutit.

Sarnaselt teiste uurimustega korduvküsitlus toimus 12 kuu möödudes ning see on olnud tulemuslik (Babor jt 2006, Tomson 1997, McIntosh jt 1997, Kaner jt 2013). Ülemäärast alkoholi tarbimist skriinita välja AUDIT testi abil ning 5-15 minutilisel lühinõustamisel kasutati motiveeriva intervjuu elemente. AUDIT mõõdik on rahvusvaheliselt tunnustatud ning seda on kasutatud teistes riikides läbiviidud uuringutes (Watson jt. 2015, Kaner jt 2013). Mõõdiku sobivuse hindamisel on toetuti eelnevale kirjandusele, milles oli määratud AUDIT-i alkoholi liigtarvitamise tuvastamise võimet erinevast rahvusest ja nii mees- kui naispatsientide hulgas (Steinbauer 1998) ning selle sobivust kasutamiseks esmasandis liigtarvitamise selgitamiseks või sõltuvussümptomite identifitseerimiseks (Carrington Reid jt 2012, Kaner jt, 2007, O'Donnell jt, 2014).

Parema ülevaate saamiseks otsustati antud töös kajastada eraldi arstide ja õdede poolt nõustatud patsientide AUDIT skooride näitajaid ning võrrelda peale nõustamist suurenenud ja vähenenud AUDIT skooriga patsiente. Uuringu käigus selgus, et uuritavate patsientide arv vähenes 840 inimeseni, nendest 133 (15,8%) olid AUDIT positiivse skooriga (≥ 8) ning omakorda õdede poolt olid neist nõustatud 69 (51,8%) ja arstide poolt 64 (48,1%) inimest. Teistkordselt anketeerimisest ja nõustamisest loobunud patsientide arv oli vastavalt 41 (30,8%). Lock jt (2006) artiklis, kus viidi läbi sarnaselt selle uuringuga 5-15 minutiline nõustamine selgub, et 515 inimesest jäid uuringugruppi 67 inimest. Selle põhjal saab järeldada, et Eesti perearstikeskusi külastanud

patsientide hulgas on vähem neid, kes said AUDIT küsimustikku täites positiivse skoori. Põhjused, miks patsiendid ei soovi antud teemal vestelda on mitmeid, üks neist võib olla ühiskonnas levinud stigmad ja väärarusaamad alkoholi tarbijatest ning teiseks patsiendi kartused näiteks autojuhi lubadest ilmajäämise ees. Töö autori arvates võib olukorra lahendamiseks püüda saavutada nõustamise ajal positiivne keskkond, olema valmis patsienti kuulama ning koos liikuma edasi lahenduse suunas. Kindlasti ei tohiks patsientide kahjulikud eluviisid mõjutada tervishoiutöötajate suhtumist patsientidesse.

Töö autor peab antud valimi suurust põhjendatuks arvestades Eesti elanike arvu. Uuringu plussiks nimetab töö autor patsientide skriinimist ja nõustamist erinevates Eesti kohtades, mis annab ülevaatliku tulemuse inimeste alkoholi tarbimise kohta eri regioonides. Läbiviidud uuring on prospektiivne uuring, mis võimaldas pikema uuringuperioodi jooksul jälgida uuritavaid ja kutsuda nad tagasi korduvuuringule. Kuigi õdede poolt nõustatud patsientidest moodustunud valim väike ja on raske teha paikapanevaid järeldusi õdede poolse nõustamise efektiivsuse kohta on samas suurema valimi moodustamine Eestis arvatavasti osutust keeruliseks. Autor on oma töökoha perearstikeskuses skriininud 250 patsienti ja võib oma kogemusest väita, et mitte kõik patsiendid ei soovinud uuringus osaleda, sh ka sellised patsiendid, kellel on teadaolevalt probleeme alkoholi liigtarvitamisega.

5.2 Nõustamise tulemuslikkuse näitajad riskitasemete, episoodilise alkoholi tarbimise, alaskooride ja lõpliku AUDIT skoori alusel.

Vastavalt seatud uurimisküsimustele uuriti patsientide alkoholi tarbimist mitmete parameetrite alusel-riskitasemed, episoodiline tarbimine, alaskoorid ning lõpliku AUDIT skoori muutusi. Eakatel, kelle vanus ületab 70 eluaasta, tuleb testi interpreteerimisel lähtuda madalamast punktiskoorist (Reinert 2007, Tähepõld 2011). Lähemal alaskooride vaatlusel on näha pea kõikide skooride olulist vähenemist teisel uuringuaastal, v.a. arstide poolt nõustatud patsientide hulgas 4-6 küsimuse skooride summa langust. Tähepõld (2011) ning Reinert jt (2007) juhivad tähelepanu $AUDIT \geq 20$ patsientidel 4,5 ja 6 küsimuse eest saadud kõrgele skoorile kui võimalikule alkoholi sõltuvusele. Vaadeldes sõltuvuse võimalikkust antud valimi patsientide puhul (10, s.o 1,2% patsienti) neist neli (mis moodustab kokku 3% 10-st, võrrelduna üldise korduvnõustamisest loobunud patsientide arvuga-mis vastab 30-le%) ei olnud nõus korduvalt küsimustikku täitma, ülejäänud patsiendist viiel langes sõltuvussümptomeid kirjeldavate

küsimuste puhul skoor, ühel patsiendil jäi samaks- arstide poolt nõustatud inimene, kelle AUDIT lõplik skoor vähenes, kuid püsis ≥ 20 ning 4-6 küsimuste skoor oli 6- antud juhul soovitab töö autor tähelepanu pöörata võimalikule sõltuvusprobleemi esinemisele ning vaatamata üldskoori langusele. Samuti tuleb arvestada, et antud projektis osalenud patsiendid ei soovinud saada laiendatud nõustamist. Seda võis põhjustada näiteks patsientide ajapuudus korduvalt käia nõustaja juures. Probleemi lahenduseks pakub töö autor välja motivatsiooni ja koostöövalmiduse tõstmise alkoholi tarbijate seas läbi nõustamisteenuse kättesaamiseks muutumise ja nõustajate pädevuse tõstmise. Lisaks toetudes andmetele on töö autor arvamusel, et kuigi sõlvuvussümptomeid näitava punktiskooriga korduvuuringust loobunud patsientide protsent ei ületa üldist teistkoordset nõustamist mittesoovinud patsientide protsenti tuleb antud suurenenud alaskooriga patseinte uurida lähemalt, nõustada pikemalt, kuna nende puhul on suurenenud risk terviserikete väljakujunemiseks.

Eesti täiskasvanute tervisekäitumise uuringud (Tekkel jt 2011, 2015) näitavad nii igapäevase kui episoodilise alkoholitarvitamise protsendi tõusu vastanute seas. Episoodiline alkoholi tarbimine oli 2010 ja 2014 aastal rohkem levinud 16-24 aastaste inimeste seas ning kahe uuringuaasta jooksul tõusis meeste seas 2% ja naiste seas 1,5%. Võrreldes eelpool kirjeldatud uuringuga selgus antud töös enim episoodiliselt alkoholi tarbivate vanusegrupp ja sugu, milleks oli 35-44 aastased mehed. Kuigi kahe aasta jooksul vähenes selles grupis kuue annuse tarbimine 21,8% võrra ($p<0,05$)(mõnevõrra suurem langus oli Ockene jt (1999) uuringus, kus episoodiline tarvitamine vähenes 39%), siis vaadelduna eraldi nõustamise eelselt ja järgselt kahe aasta jooksul küsitletud patsiente, ei ilmnunud statistiliselt olulist erinevust kord kuus vähemalt kuue või enama annuse tarbimise vahel nii arstide ($p=0,175$; $p=0,05$) kui õdede poolt nõustatud patsientide hulgas ($p=0,379$; $p=0,798$). Põhjus, miks episoodiline alkoholi tarbimine oluliselt ei langenud võib olla tingitud patsientide ebapiisavast teadmisest ühe alkoholiannuse suurusest. Näiteks võrdub üks annus 250 milliliitri 5-5,3% õluga ehk kuus annust õlut võrduks 1,5 liitri õluga, mis isenesest ei tundu suurena kuid võib põhjustada purujäämise. Teiseks põhjusena toob magistr töö autor välja suure alkoholi tarbimise purju jäämise eesmärgil. Siinkohal aitab patsientide informeerimine ja abimaterjali jagamine; internetilehekülje- alkoinfo.ee – soovitamise enesekontrolli eesmärgil, mis omakorda aitab teadvustada intoksikatsiooni piiri ning ennetada sellega kaasuvaid õnnetusjuhtumite riski.

Kahe uuringuaasta jooksul on vähenenud nii õdede kui arstide poolt nõustatud patsientide seas alkoholi tarvitamine riskitasemete alusel. Olulisema tulemusena toob töö autor välja mõlemas

uuringurühmas 2015 aastal madala alkoholitarvitamise protsendi tõusu ning võimalike sõltuvusprobleemidega patsientide hulga vähenemise mõlemas uuringurühmas ning nende alkoholitarvitamise vähenemine kahjustava, ohustava ja madala alkoholitarbimise piirini. Kõige suurem langus oli lõpliku AUDIT skoori puhul-arstide poolt nõustatud patsientide hulgas vähenes keskmine 4,51 punkti ja õdede poolt nõustate hulgas 4,87 punkti. Lõpliku AUDIT skoori arvutamisel on oluline jälgida milliste küsimuste eest oli saadud enam punkte ning vastavalt sellele kavandada edasise nõustamise plaan. Kuigi töös kirjeldatud erinevate uuringutega on olemas sarnasus tulemuste osas- nimelt lühinõu on andnud tulemusi, kuid selle pikkused varieerusid oluliselt (Wutzke jt 2002, Watson jt 2015, McIntosh 1997) ning ei erinenud tulemuslikkuse poolest astmelise nõustamisega Watson jt (2013) ning Lock jt (2006).

Kuigi olulisemad näitajad on toodud välja tulemuste peatükis, kuid TAI juhendmaterjal pakub lisaks võimalusena testi tulemustest parema ülevaate saamiseks interpreteerida AUDIT skoori vanemaealiste inimeste puhul väiksema *cut-off* skooriga. Antud näitajate uurimist ei ole uurimisülesannetes eraldi välja toodud vaatluse all oleva vähese patsientide arvu tõttu. Kahjuks ei ole täpselt määratletud, millist punktiskoori silmas peetakse. Käesolevas uuringus oli ≥ 70 eluaastastel inimestel AUDIT skoor ≥ 8 kolmel inimesel. Väikseim neist oli skoor 8 ja suurim skoor 13 punkti. 2015 aastal vähenes neist kahel mitme punkti võrra ning jäi alla tervistkahjustava alkoholi tarbimise piiri. Ühel patsiendil jäi tarbimine II riskitasemesse. Järeldades eelpool toodust tuleb praegu olemasolevate juhendmaterjalide alusel vanemaealiste patsientidega tegelemisel lisaks lähtuda kaasuvate haiguste ja tarvitavate ravimite olemasolust.

5.3 Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine

Antud töö usaldusväärsus püüti tagada eelkõige kasutades reliaabset ja valideeritud meetodit; jälgides uurimise kavandit; pidades kinni tähtaegadest ning jälgides eetikanõudeid. Magistritöös kasutati ainult tõendus põhiseid allikaid ning töös viidati neile korrektelt. Omalt poolt tagab magistritöö autor erapooletuse andmete kogumisel ja analüüsimisel. Töös kasutatud meetodik AUDIT on rahvusvaheliselt tunnustatud ja paljudes riikides, sealhulgas Eestis kasutatav alkoholi tarbimise mõõtevahend, mis võimaldab vajadusel saada teiste riikide tervishoiu töötajatel ülevaade inimese piiritusjookide tarbimismäärast ka väljaspool Eestit. Uuringu käigus järgitud eetikanõuded sisaldasid endas patsiendi informeerimise võimalusest loobuda uuringust, andmete esitamine üldistatud kujul ning tingimused andmete salajas hoidmise kohta, mis kindlustas patsientide usaldust ja kindlustunnet uuringus osalemise kohta.

5.4 Uurimistöö kitsaskohad

Vaadates uuringu kavandi poolt paika pandud erinevates perearstikeskustes küsitletud patsientide arvu selgus, et kolmes maakonnas oli patsientide jaotuvus üsna sarnane, kahes linnas küsitleti vähem arv patsiente. Patsientide arvu jaotuvust võis mõjutada ka perearstikeskuse suurus. Tulenevalt sellest toob töö autor uurimistöö kitsaskohtadena välja probleemi patsientide tagasikutsumisega, mille tõttu jäi ühes maakonna perearstikeskuses uuring pooleli ning väikest õdede poolset uuringurühma ($n=70$). Põhjused, miks patsientidel ei olnud võimalik tagasi tulla on teadmatud, kuid eeldatavasti olid need seotud ajapuuduse või kaugel oleva elukohaga, kuna linnas elavad patsientide seas oli tagasitulemise osakaal suurem. Teise põhjusena võib olla patsientide vähene soov rääkida perearsti või õega oma alkoholiprobleemidest. Teiste töös olevate piirangutena toob magistr töö autor välja vähese uuritavate arvu (sama piirang esines ka Lock jt 2006 töös), mille tõttu ei olnud mõttekas hinnata eraldi uuritavate tulemusi erineva soo esindajate ja patsientide vanuse vahel; samuti maakondade vahelise võrdluse teostamine. Ka kontrollrühma olemasolu annaks parema ülevaate nõustamise tulemuslikkusest võrreldes omavahel ainult tagasisidet saanud ja nõustatud patsiente. Komandaks piiranguks nimetab töö autor SF-küsimustike vastuseid, mis olid taustaandmete aluseks, osaliselt mittetäitmise, kuid iga küsimuse puhul arv ulatus kuni viieni. Kõik AUDIT-küsimustikud olid täidetud täies ulatuses. Mõneti võib arvestada küsimustike alaraporteerimise võimalusega, mis võib olla tingitud nii soovist näidata vähemaid tegelikest joodavatest kogustest kui eksimise võimalusest (Stockwell jt 2004). Siinkohal võib aidata küsimustiku korduvtäitmine, lisaanalüüside määramine patsiendile ja küsimustiku täitmisele eelnevalt vajalike mõistete ka koguste lahtiseletamine uuritava jaoks.

Kuna Eestis on elanikkonna alkoholitarbimine jätkuvalt probleemiks oli antud uurimistöö autori arvates taolise uuringu läbiviimine oluline. Mdege (2013) arvates sobivad õed väga hästi väikeste, kuid kõrgetulemuslikke sekkumiste läbiviimiseks, et julgustada patsiente ohutult alkoholi tarbima. Pereõdede töö plussiks on töötamine kindla nimistu patsientidega kellest paljudest tegeletakse mitu korda aastas. See annab hea võimaluse tegeleda patsiendiga pikemalt töötades välja nõustamisplaanid. Eestis uudsena läbiviidud uuringu põhjal saab järeldada lühinõustamise läbiviimise võimalusi vajalikkusest esmatasandi tervishoius.

Antud magistr töös kirjeldatud erinevate näitajate alusel näha nii õdede kui arstide poolt tehtud nõustamiste üsna sarnaseid tulemusi, mis tähendab, et õed saavad võrdväärselt teiste tervishoiu töötajatega hakkama patsientide tegelemisel antud ülesannete puhul. Kuna pereõe töö võimaldab

olla oma nimistu patsientidega pikemalt kontaktis toob töö autor välja järgmised ettepanekud ja uurimist vajavad teemad:

- Selgitada välja õdede poolse nõustamise ajal tekkinud kitsaskohtade olemasolu
- Pöörata rohkem tähelepanu patsientide arusaamadele alkoholiühikutest ja päevase koguse piiridest seoses episoodilise alkoholi tarbimise vähese kahanemisega kahe uuringuaasta jooksul
- Uurida alkoholist sõltuvate patsientide puhul laiendatud nõustamise võimalusi ja tulemuslikkus perearstikeskuse/tervisekeskuse piires

JÄRELDUSED

Toetudes magistritöö eesmärkidele teeb autor järgmised järeldused:

- 5-15 minutit kestev perearstikeskuses läbiviidav alkoholitarvitamise alane lühinõustamine omab positiivseid tulemusi.
- 15,8% uuritavatest leiti tervist ohustav või kahjustav alkoholitarbimine, kes vajasis edasist nõustamist. Tervist ohustavat alkoholitarbimist esines enam meessoost ja kuni 44 aastaste inimeste vanusegrupis.
- Nii õdede kui arstide poolt korduvalt nõustatud patsientide seas ($n=133$) langesid oluliselt AUDIT lõplik skoor, riskitasemete ja alaskooride näidud. Episoodiliselt alkoholi tarvitavate inimeste puhul oli kõigi uuritavate puhul erinevus oluline ($p<0,05$), eraldi arstide ja õdede poolsete tulemuste on erinevuse mitte ilmnemise põhjuseks väikesed uuringugrupid ning tunnuste väärtuste suur varieeruvus. Antud uuringu episoodilise tarbimise tulemuste põhjal ei ole selgunud erinevust õdede ja arstide poolt nõustatud patsientide seas.

KASUTATUD KIRJANDUS

Aalto,M., Alho, H.,Halme, J.T., Seppä, K.(2011). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9) : 881-885.

Aalto,M., Seppä, K., Kiianmaa, K., Sillanaukee, P. (1999). Drinking habits and prevalence of heavy drinking among primary health care outpatients and general population. *Addiction*, 94: 1371-1379.

Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2013. Eesti Konjunkturiinstituut. 2013.

Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2014. Eesti Konjunkturiinstituut. 2014.

Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis. Aastaraamat 2015. Eesti Konjunkturiinstituut. 2015.

Alkoholipoliitika roheline raamat. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2014.

Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, E.B., Babor, T.(2011). A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).*Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4): 613-619.

Álvarez-Bueno, C., Rodríguez-Martín, B., García-Ortiz, L., Ángel Gómez-MarcosM.,Martínez-Vizcaino,V.(2015). Effectiveness of brief interventions in primary health care settings to decrease alcohol consumption by adult non-dependent drinkers: a systematic review of systematic reviews. *Preventive medicine*, 76: 33-38.

Anantharaman, T., Marron, M., Lagiou, P. jt.(2011). Population attributable risk of tobacco and alcohol for upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncology*, 47 (8):725–731.

Andersson, P., Baumber, B. (2006). Alcohol in Europe, a public health perspective: A report for the European Commission. London, Institute of Alcohol studies.

Baan, R., Straif, K., Grosse,I.jt. (2007). Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology*, 8(4): 292–293.

Behavioral Health, United States, 2012.U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2012-BHUS.pdf> (17.02.2016).

Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, 2nd edn. Geneva: World Health Organization; 2001a.

Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. (2001b). Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care. WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, Switzerland.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6b.pdf (20.12.2013).

Babor,T.,F. Higgins-Biddle J.C., Dauser, D.,Burleson, J.A., Zarkin, G., Bray, J.(2006). Brief Interventions for at risk drinking: Patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 624-631.

Ballesteros, J., Duffy, J.C., Querejeta, I., Arino, J., Gonzales-Pinto, A. (2004). Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 28 (4): 608-618.

Barash, P. G.,Cullen ,B. F.,Stoelting, R. K. (2006). Clinical Anesthesia (5.trükk). Philadelphia. PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Bobo, J.K., Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research & Health* 24(4):225–232.

Bohn, M.J., Babor,T.F., Kranzler, H.R.(1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 56:423-432.

Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B.(2005). Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care. Systematic Review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165(9): 986-995.

Bryman, A.(1988). Quantity and Quality in Social Research. Routledge publisher.

Carneiro, I., Howard,N.(2011). Introduction in Epidemiology. Second edition. McGraw-Hill Education.

Chan, Z. Clinical Research Issues in Nursing. Nova Biomedica 2010.

- Cheng, A.W., Lee, C.S., Iwamoto, D. K.(2012). Heavy drinking, poor mental health, and substance use among Asian Americans in the NLAAS: A gender-based comparison. *Asian American Journal of Psychology*, 3(3): 160-167.
- Conigrave, K.M., Hall, W.D., Saunders, J.B.(1995). The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*, 90: 1349-1356.
- Conley, T.B.(2001). Construct validity of the MAST and AUDIT with multiple offender drunk drivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20: 287-295.
- Coulton,S., Drummon,C., James,D., Godfrey,C., Bland, J.M., Parrott,S., Peters,T.(2006). Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. *British Medical Journal*, 332: 511-514.
- Doordan, A. (1998). Research survival guide. Philadelphia. PA. Lippincott-Raven.
- Gomez, A., Conde, A., Santana, J.M., Jorin, A.,Serrano, I.M., Medina, R. (2006). *Aging & Mental Health*, 10(5): 558-561.
- Govier, A., Rees, C. (2013). Reducing alcohol-related health risks: the role of the nurse. *Nursing Standard*,27(50):42-46.
- Eesti statistika andmebaas. <https://www.stat.ee/ee> (01.03.2016).
- Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2013. Haigekassa. Sotsiaalministeerium. Tallinn: Saarpoll.
- Grant, B. F., Dawson, D.A.Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M.C., Pickering, R.P. (2004). The 12-Month Prevalence and Trends in DSM–IV Alcohol Abuse and Dependence. United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3): 223–234. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh29-2/79-93.htm> (01.02.2013).
- Grant, B. F., Hasin,D,S., .Stinson, F. S., Chou, S. P., Dawson, D.A. (2004). Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States. *Archives in General Psychiatry*, 61(11): 1107-1115.
- Halme, J.T., Seppä, K., Alho, H, Pirkola, S., Poikolainen, K., Lönqvist, J. (2008). Hazardous drinking: Prevalence and associations in the Finnish general practice. *Alcoholism: Clinical and experimental Research*, 28:1617.

ICN (2002). Nurses always there for you: caring for families. Geneva

Ingerainen, D., Sammul, S., Kuldmäe, I., Kosula, K., Tohus, I., Leppik, A., Tähepõld, H. (2008). Pereõde tegevusjuhend. Tallinn.

Israel, Y. Hollander, O., Sanchez-Craig, M. jt (1996). Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 20: 1443-1450.

Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., Weijden, T., Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice*, 14 (1).

Kaarne, T., Aalto, M., Kuokkanen, M., Seppä, K. (2010). AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. *Drug and Alcohol Review*, 29: 563-567.

Kaner, E.F.S., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J., B., Burnand, B., Hether, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. . *Drug and Alcohol Review*, 28(3): 301-323.

Kaner, E., Bland, M., Cassidy, P., Coulton, S., Dale, V., Deluca, P., Gilvarry, E., Godfrey, C., Heather, N., Myles, J., Newbury-Birch, D., Oyefeso, A., Parrott, S., Perryman, K., Phillips, T., Shepherd, J., Drummond, C. (2013). Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 1(9), 346.

Kirchner, J.E., Zubritsky, C., Cody, M., Coakley, E., Chen, H.T., Ware, J.H., Oslin, D.W., Sanchez, H.A., Durai, U.N.B., Miles, K.M., Llorente, M.D., Costantino, G., Levkoff, S. (2007). Alcohol consumption among older adults in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1).

Kriipsalu, I., Glušakova, N., Tähepõld, H. (2015). Perearstikeskust külastavad patsiendid soovivad rääkida alkoholi tarvitamise teemadel. *Eesti Arst*, 94: 404-10.

Lai T, Habicht J. Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol Alcohol* 2011;46:200-3.

Lock, C.A., Kaner, E., Heather, N., Doughty, J., Crawshaw, A., McNamee, P., Purdy, S., Pearson, P. (2006). Effectiveness of nurse-led brief alcohol intervention: a cluster randomized controlled trial. *Journal Of Advanced Nursing*, 54 (4): 426-39.

Lotfipour, S., Cisneros, V., Ogbu, U.C., McCoy, C.E., Barrios, C., Anderson, C.L., Hoonpongsimanont, W., Alix, K., Chakravarthy, B. (2015). A retrospective analysis of ethnic and gender differences in alcohol consumption among emergency department patients: a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 15:24.

Maaroos, H.I., Aluoja, A., Kalda, R. Alkoholi tarvitamise soelumine ja alkoholi tervist kahjustava tarbimisega seotud riskitegurid perearsti patsientide hulgas Eestis. *Eesti Arst* 2010;89:316-22.

MacKenzie, D., Langa, A., Brown, T.M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: A comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol and Alcoholism*, 31(6): 591-599.

Megan, I., Kaplan, S., Garner-Edwards, D., Kolbash, S., Skelton, J.A. (2010). Motivational Interviewing in a Family-Based Pediatric Obesity Program: A Case Study. *Families, Systems, & Health*, 28(3) 236–246.

McIntosh, M., C., Leigh, G., Baldwin, N.J., Marmulak, J. (1997). Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician*, 43:1959-1967.

Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour. New York, Guilford Press.

Miller, W.R., Rose, G., S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527–537.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Alcohol-use disorders: preventing harmful drinking. NICE Public Health Guidance 24. guidance.nice.org.uk/ph24 (10.01.2015).

Nes, M., Sawatzky, J.-A.V. (2009). Improving cardiovascular health with motivational interviewing: A nurse practitioner perspective. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 654-660.

Nichols, M., Scarborough, P., Allender, S., Rayner, M. (2012). What is the optimal level of population alcohol consumption for chronic disease prevention in England? Modelling the impact of changes in average consumption levels. *British Medical Journal*, 2(3):1-8.

- O'Brien,C.P. (2008). The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism: A remarkably useful but simple tool. *Journal of the American Medical Association*, 300(17): 2054-2056.
- Ockene, J.K., Abrams, A., Hurley, T.G., Wheeler, E.V., Hebert, J.R. (1999). Brief Physician- and Nurse Practitioner- Delivered Counseling for High-Risk Drinkers. Does it work? *Archives of Internal Medicine*, 159: 2198- 2205.
- O'Donnell, A, Anderson, P, Newbury-Birch, D., Schulte, B., Schmidt, C., Reimer, J., Kaner, E.(2014). The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews. *Alcohol and Alcoholism* 49(1): 66-78.
- Orme,J.G., Orme,T. (2009). Multiple Regression with Discrete Dependent Variables. Oxford.University press.
- Perearsti tööjuhend (RTL 2001, 130, 1887, sotsiaalministri määrus nr. 117) (10.02.2014).
- Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of Brief Interventions to Reduce Alcohol Intake in Primary Health Care Populations: A Meta-analysis. *Preventive Medicine* 28: 503–509.
- Polit,D.F., Hungler,B.,P.(1995). Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization (5 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). Nursing Research. Lippincott Williams & Wilkins.
- Powers, B., Knapp, T.(2005). A dictionary of Nursing Theory and Research (3 nd ed.). Springer Publishing Company. New York.
- Prochaska J.O, Norcross J.C. (1979). Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Pacific Grove. CA: Brooks-Cole.
- Prochaska, J.O. (2008). Decision Making in the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Medical Decision Making*, 28: 845-849.
- Programme of Substance Abuse (1993). AUDIT the alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization.
- Rahvusvaheline haiguste ja tervisega seotud probleemide statistiline klassifikatsioon (RHK-10) (1998). Kümnes väljaanne. Eesti sotsiaalministeerium. Tallinn.

Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm. Sotsiaalministri määrus. Riigi Teataja. <https://www.riigiteataja.ee/akt/105012016005> (01.02.2016).

Reinert, T.F., Allen, J.P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An update of research findings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2007; 31(2): 185–199.

Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C.(2008). Motiveeriv intervjuerimine tervishoius. Kuidas aidata patsiendil käitumist muuta. The Guildford Press.

Saame,I., Glušakova,N., Viilmann,K., Kalda,R. (2011). Prooviuuring alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise ja nõustamise metoodika hindamiseks Eesti perearstisüsteemis. *Eesti Arst*, 90(5): 216:224.

Saitz, R., Horton, N.J., Sullivan, L.M., Mozkowitz, M.A., Samet, J.H. Addressing Alcohol Problems in Primary Care: A Cluster Randomized, Controlled Trial of a Systems Intervention. *Annals of Internal Medicine*, 138(5): 372-382.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction* 88 (6): 791–804.

Skogen, J.C., Øverland, S., Knudsen, A.K., Mykletun,A.(2011). Concurrent validity of the CAGE questionnaire. The Nord-Trøndelag Health Study.*Addictive Behaviors*. 36(4):302-307. (Ewing,J.A.(1984).Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*. 252(14): 1905-1907 järgi).

Szabo, G., Mandrekar, P. (2010). Focus on:Alcohol and the liver. *Alcohol Research & Health*, 33 (1-2):. 87-96.

Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holzer III, C.E., Volk, R.J. (1998). Ethnic and Sex Bias in Primary Care Screening Tests for Alcohol Use Disorders. *Annals of Internal Medicine*, 129: 353-362.

Stockwell, T., Donath, S., Cooper-Standbury, M., Chikritzhs,T., Catalano, P., Mateo, C.(2004). Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall.*Addiction*, 99 (8): 1024-1033.

Zung, B.J.(1982). Evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test(MAST) in assessing lifetime and recent problems.*Journal of Clinical Psychology*, 38 (2), 425-439. (Selzer, M.L.(1971). The Michigan alcoholism screening test: the quests for a new diagnostic instrument.*American Journal of Psychiatry*, 127(12): 1653-1658 järgi).

Tanner-Smith , E. ja Lipsley, M.W. (2014). Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 51:1-18.

Tekkel, M, Veideman, T. (2011). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2010. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Tekkel, M, Veideman, T. (2015). Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2014. Tervise Arengu Instituut. Tallinn.

Tervise Arengu Instituut statistika lehekülg.
<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Dialog/varval.asp?ma=02THT001&ti=THT001%3A+Tervise+oiut%F6%F6tajak+ameti+ja+soo+j%E4rgi&path=../Database/THressursid/05Tootajak/&lang=2>
(02.01.2016).

Thom , B.(2007). Role of the simple, self- designed questionnaire in nursing research. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* , 24 (6): 350- 355.

Tomson,I., Romelsjö, A., A° berg, H. (1998). Excessive drinking – brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16:188-192.

Thakker, K. D. (1998). An overview of health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*,22, 285–298.

Tiit, E.M., Möls M. (1997). Rakendusstatistika lühikursus. Tartu.

Tsai, Y-F., Tsai, M-C., Chen C-Y. (2009). *Brief Intervention for Problem Drinkers in a Chinese Population: A Randomized Controlled Trial in a Hospital Settings. Alcoholism: Clinical and Experimental research*, 33(1), 95-101.

Tähepõld, H., Veskimägi, M., Kalda, R., Maaroos, H.-I., Oona, M.(2012). Alkoholi liigtarvitavapatsiendi varajane avastamine ja nõustamine perearstipraksises. Metoodiline juhendmaterjal perearstidele ja pereõdedele.Tallinn. Puffet Invest OÜ.

- Vaask, S., Liebert, T., Maser, M. (2006). Eesti toitumis- ja toidusoovitused. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Eesti Toitumisteaduste Selts.
- Verkevisser, C.M., Brownlee, A., T. (2003). Designing and Conducting Health System Research Projects, Volume 2 : Data Analyses and Report Writing. SIT publishers.
- Volk, R.J., Steinbauer, J.R., Cantor, S.B., Holzer, C.E.III (1997). (The Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. *Addiction*, 92(2): 197-206.
- Ware, E. A community of measuring health outcomes using SF tools. <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml> (06.12.2014)
- Watson, J.M., Crosby, H., Tober, G., Wu, Q., Lang, J., McGovern, R., Newbury-Birch, D., Parrott, S., Bland, J.M., Drummond, C., Godfrey, C., Kaner, E., Coulton, S. (2013). AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technology Assessment*, 17(25).
- Watson, H., Godfrey, C., McFadyen, A., McArthur, K., Stevenson, M., Holloway, A. (2015). Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52: 39-48.
- World Health Organization (2011). Action needed to reduce health impact of harmful alcohol use. *Central European Journal of Public Health*. 19(1): 41,45.
- Vitesnikova, J., Dinh, M., Leonard, E., Boufous, S., Conigrave, K. (2014). Use of AUDIT-C as a tool to identify hazardous alcohol consumption in admitted trauma patients. *Injury-International Journal of the Care of the Injured*, 45(9): 1140-1444.

LISAD

LISA 1. AUDIT test

Kuna alkoholi tarvitamine võib mõjutada Teie tervist ning teatud ravimite ja ravi tõhusust, siis on oluline esitada mõned küsimused Teie alkoholi tarvitamise harjumuste kohta. Teie vastused on konfidentsiaalsed, seepärast palume vastata võimalikult ausalt. Pange tähele, et testi küsimused nr 1–8 puudutavad alkoholi tarvitamist viimase aasta jooksul.

Tõmmake sobivale vastusevariandile ring ümber.

1 alkoholiühik = 1 alkoholiannus

1 alkoholiannus võrdub alkohoolse joogi kogusega, mis sisaldab 10 g absoluutset alkoholi ehk 1 alkoholiühiku.

1. Kui sageli Te tarvitate alkoholi sisaldavaid jooke?

0 Mitte kunagi

1 Umbes kord kuus või harvem

2 2–4 korda kuus

3 2–3 korda nädalas

4 korda nädalas või sagedamini

Mõeldud on ka vähese alkoholisisaldusega jooke nagu siider, lahja õlu.

2. Mitu annust Te tavaliselt korraga alkoholi joote?

0 1–2 annust

1 3–4 annust

2 5–6 annust

3 7–9 annust

4 10 või rohkem

1 annus on näiteks:

½ pudelit (250 ml) 5–5,3% õlut või 1 pokaal (120 ml) 12% veini või

1 pits (40 ml) 40% kanget alkoholi

3. Kui sageli olete joonud korraga 6 või enam annust?

0 Mitte kordagi

1 Harvem kui kord kuus

2 Kord kuus

3 Kord nädalas

4 Iga päev või peaaegu iga päev

Kui küsimuste nr 2 ja 3 punktisumma on 0, võite jätkata küsimustega nr 9 ja 10.

4. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud

nii, et kui Te tarvitasite alkoholi, ei suutnud Te alkoholi tarvitamist enam peatada?

0 Mitte kordagi

1 Harvem kui kord kuus

2 Kord kuus

3 Kord nädalas

4 Iga päev või peaaegu iga päev

5. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul jäänud alkoholi tarvitamise tõttu tegemata midagi, mida Teilt oodati?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

7. Kui sageli on Teid viimase aasta jooksul vaevanud pärast alkoholi tarvitamist süü- või kahjutunne?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

9. Kas Teie ise või keegi teine on saanud Teie alkoholi tarvitamise tõttu vigastada?

- 0 Ei
- 2 On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4 Jah, on viimase aasta jooksul

6. Kui sageli olete viimase aasta jooksul vajanud rohke alkoholi tarvitamise järgsel hommikul mõnd alkoholi sisaldavat jooki, et saada üle pohmellist?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas

4 Iga päev või peaaegu iga päev

8. Kui sageli on Teil viimase aasta jooksul juhtunud nii, et alkoholi tarvitamisele järgnenud hommikul ei mäletanud Te eelmisel õhtul toimunut?

- 0 Mitte kordagi
- 1 Harvem kui kord kuus
- 2 Kord kuus
- 3 Kord nädalas
- 4 Iga päev või peaaegu iga päev

10. Kas mõni Teie lähedane, sõber, arst või keegi muu on olnud mures Teie alkoholi tarvitamise pärast või on soovitanud Teil alkoholi tarvitamist vähendada?

- 0 Ei
- 2 On, aga mitte viimase aasta jooksul
- 4 Jah, on viimase aasta jooksul

LISA 2. Inimuuringute eetika komitee luba

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 223/T-16

koosolek: 25.02.2013

Vastutav uurija (asutus):

Kaja Põlluste (Tartu Ülikooli Sisekliinik, L. Puusepa 6, Tartu 51014)

Uurimistöö nimetus:

Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena (ALTOKROON)

Komitee koosseis:

	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Naatan Haamer	TÜ naistekliinik, hingehoidja	+
Külli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemassistent, teadur	+
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	–
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Vallo Olle	TÜ õigusteaduskond, dotsent	+
Maire Peters	TÜ naistekliinik, teadur	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, dotsent	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+

Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komiteelt
2. Uuritava või tema seadusliku esindaja informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm
3. Elukvaliteedi küsimustik SF-36 koos patsiendi taustaandmetega
4. AUDIT test
5. Vastutava uurija CV (K.Põlluste) ja uurimismeeskonna CV-d (V.Dudanova, M.Lember)

Komitee otsus: Luba antud uurimistööks.

Uuringu lõpp: 28.02.2015

Komitee esimees: Aime Keis



Komitee vastutav sekretär: Eveli Kadarik



Väljastatud: 8. märts 2013

Tartu Ülikool
Teadus-ja arendusosakond
Lossi 3
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

LISA 3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm perearsti või pereõe vastuvõtule pöördunud patsiendile



TerVE



Uuring: Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena

Lugupeetud patsient!

Kutsume Teid osalema Tartu Ülikooli Sisekliiniku ja Teie perearstikeskuse koostöös läbiviidavas uuringus, mille eesmärgiks on hinnata alkoholitarvitamise kui olulise riskiteguri levimust perearstipraksiste nimistute patsientide hulgas ning nõustamise efekti patsiendi alkoholitarvitamisele, kroonilise haiguse kulule ja patsiendi tervisetulemile. Uuringut rahastab programmi TerVE raames Eesti Teadusagentuur ja Euroopa Regionaalarengu Fond (ERF) sihtasutuse Archimedes kaudu.

Palume Teil tähelepanelikult läbi lugeda uuringu ülesehitust käsitlev informatsioon, et saaksite otsustada, kas soovite osaleda uuringus.

Uuringusse kutsutakse osalema kolmest Eesti perearstipraksisest kokku 1000 perearsti või –õe vastuvõtule pöörduvat järjestikust täiskasvanud (18 aastased ja vanemad) patsienti. Teie perearstikeskusest kutsutakse uuringusse 250 patsienti.

Kui olete nõus uuringus osalema, palutakse Teil tänase visiidi järgselt täita kaks küsimustikku, millega hinnatakse Teie alkoholitarvitamist ja elukvaliteeti. Toitumuse hindamiseks mõõdetakse Teie pikkust ja kaalu ning vöö- ja puusaümbermõõtu. Lisaks märgitakse uuringuprotokolli andmed kroonilise haiguse olemasolu kohta. Kui küsimustiku täitmise järel selgub, et Teie alkoholitarvitamine võib olla Teie tervist ohustav, kutsutakse Teid ühe aasta möödudes uuesti uuringuviisidile, kus hinnatakse uuesti Teie alkoholitarvitamist, elukvaliteeti ja toitumust (pikkus, kaal, vöö- ja puusaümbermõõtu).

Sõltuvalt Teie alkoholitarvitamise riskitasemest pakutakse Teile lisaks tavapärastele protseduuridele lühinõustamist alkoholitarbimise vähendamiseks.

Lühinõustamine on Teile tasuta. Uuringus osalemisega ei kaasne rahalist kompensatsiooni, kuid Teil on võimalus saada põhjalikum ülevaade oma eluviisist ja tervisekäitumisest ning selle seosest Teie tervise seisundiga. Osaledes uuringus, saate anda oma panuse esmatasandil osutatavate tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamiseks tulevikus.

Uuringus osalemine ei kahjusta Teie tervist.

Uuringus osalemine on vabatahtlik, iga uuringus osaleja võib osalemisest loobuda igal ajal, ilma seda põhjendamata ja ilma et see mõjutaks edaspidist ravi.

Kogu Teie poolt antud informatsioon on konfidentsiaalne, uuringus kogutavad andmed säilitatakse uuringu andmebaasis ja analüüsitakse anonüümselt koos teiste patsientide andmetega.

Igale uuringus osalevale patsiendile omistatakse unikaalne identifitseerimiskood. Kogutavad andmed säilitatakse TÜ Sisekliinikus 10 aasta jooksul. Uuringu käigus kogutavatele andmetele on juurdepääs ainult uuringu teostajatel.

Uuringu on heaks kiitnud Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komitee.

Kui olete tutvunud informatsiooniga uuringu- „Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena“ kohta ja olete nõus selles osalema, siis palume kinnitada seda oma allkirjaga.

Eelnevalt palume Teil veenduda, et olete saanud vastused kõigile oma küsimustele ja Teil on olnud piisavalt aega, et langetada osalemisotsus.

Uuringu käigus tekkivatele küsimustele saate vajadusel täiendavat informatsiooni uuringu koordinaatoritelt Tartu Ülikooli Sisekliinikust:

Kaja Põlluste, sisehaiguste vanemteadur,

tel. 7318610, e-post: kaja.polluste@ut.ee

Margus Lember, sisehaiguste propedeutika professor,

tel. 7318600, e-post: margus.lembur@kliinikum.ee

Mina,, nõustun osalema uuringus „*Alkohol ja toitumise iseärasused krooniliste sisehaiguste kulgu ja prognoosi mõjutavate teguritena*“. Olen läbi lugenud käesoleva uuritava informatsiooni ja teavitatud nõusoleku vormi ning mul on olnud võimalus esitada täiendavaid küsimusi uuringu kohta. Olen saanud vastused oma küsimustele, oman piisavalt teadmisi ning mul on olnud aega oma osalemisotsust kaaluda. Olen nõus andma informatsiooni oma tervises seisundi kohta.

Annan nõusoleku uuringu teostajatele minu haigusloo andmete kasutamiseks ja uuringu käigus vajalike uuringute tegemiseks ja kinnitan seda oma allkirjaga.

Uuritava allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta:

Uuritavale informatsiooni andnud isiku ees- ja perekonnanimi:

Uuritavale informatsiooni andnud allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta:

Patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht vormistatakse kahes eksemplaris, millest üks jääb uuritavale ja teine uurijale.